
علم النفس الإكلينيكي
(العيادي)
فنياته - وتطبيقاته
دكتور
محمود مندوه محمد سالم
أستاذ التربية المشارك
دار الزهـــراء - الرياض
ت: ٤٦٤١١٤٤
ف: ٤٦٥٩٥٣٧

علم النفس الإكلينيكي

(العيادي)

فنياته - وتطبيقاته

دكتور

محمود مندوه محمد سالم

أستاذ التربية المشارك

دار الزهراء - الرياض

ت: ٤٦٤١١٤٤

ف: ٤٦٥٩٥٣٧

ح دار الزهراء للنشر والتوزيع ، ١٤٣٣ هـ
فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر
سالم ، محمود مندوه محمد
علم النفس الاكلينيكي العيادي : فنياته ، تطبيقاته./ محمود مندوه محمد سالم .- الرياض ، ١٤٣٣ هـ
٤٠٠ ص ، ١٧×٢٤ سم
ردمك : ٠ - ١٧ - ٨١٢٠ - ٦٠٣ - ٩٧٨

١- علم النفس العلاجي . أ. العنوان
ديوي ١٥٧,٩ ١٤٣٣/٧٤٧٧



الطبعة الأولى
١٤٣٣هـ/٢٠١٢م



الرياض – العليا : بين شارعي العليا والضباب ت : ٤٦٤١١٤٤/٦ – ف : ٤٦٥٩٥٣٧
القصيم – بريدة : طريق الملك عبد العزيز ت : ٣٨٥٠٠٤٣ – ف : ٣٨٥٠١٣١
القاهرة – ١٣٤شارع ممدوح سالم خلف أرض المعارض / تليفكس ٢٤٠٤٦٣٢٩
E-mail: dar_alzhraa@hotmail.com / ozahraa@hotmail.com
Buraydh: ozahraa2@hotmail.com Cairo: ozahraa3@hotmail.com
www.daralzahraa.com.sa

مقدمة :

إن الاهتمام بعلم النفس الإكلينيكي أصبح أمرا ضروريا خاصة في ظل وجود العديد من الضغوط النفسية والبيئية والتي قد تكون أحد الأسباب الأولية المسئولة عن وقوع العديد من الأفراد في دائرة الاضطراب النفسي مما يزيد من ضرورة الاهتمام بالكتابات في مجال علم النفس الإكلينيكي وهو ما دفع المؤلف لكتابة هذا الكتاب ، إذ يتعرض لقضايا فنية وتطبيقية تفيد الممارس للعمل الإكلينيكي وسوف نعرض ملخصا للموضوعات التي يتعرض لها الكتاب تبعا لتسلسل الفصول.

وهذا الكتاب يشمل عشرة فصول في مجال علم النفس الإكلينيكي مستعرضا فنياته وتطبيقاته والفصول العشر ذات ارتباط وثيق ببعضها البعض لترسم لوحة تفصيلية للممارسين للعمل الإكلينيكي طبيعة عملهم والأدوات التي ينبغي أن يقتدوا بها في عملهم .

ففي الفصل الأول يتم الحديث عن نشأة وتطور علم النفس الإكلينيكي وتعريفه ودور الأخصائي النفسي في مجال علم النفس الإكلينيكي مع توضيح الانتقادات التي وجهت لعلم النفس الإكلينيكي .

ثم ننتقل للفصل الثاني ونتحدث فيه عن مناهج البحث في مجال علم النفس الإكلينيكي ومفهوم البحث العلمي وصفات البحث الجيدة وخطوات البحث العلمي وأنواع البحوث العلمية مستعرضا المنهج التجريبي والمنهج الإكلينيكي وبقية المناهج العلمية ذات الصلة المباشرة بالمنهج الإكلينيكي .

ويدور الفصل الثالث حول التشخيص والتنبؤ في الطريقة الإكلينيكية موضحا مفهوم التشخيص وتصنيفاته وخطواته مستعرضا المقابلة الإكلينيكية والأخلاقيات التي تحكم عملية التشخيص وينتهي الفصل بالحديث عن التنبؤ في الطريقة الإكلينيكية .

ثم ننتقل للفصل الرابع والذي يتعرض لقضية الملاحظة الإكلينيكية من حيث طبيعتها وأنواعها ومعايير نجاحها والعوامل التي تزيد من جودتها ومزاياها وعيوبها .

أما الفصل الخامس فيتعرض لقضية المقابلة التشخيصية من حيث تعريفها وطبيعتها وفنياتها وشروط المقابلة الناجحة وأنواعها ومزاياها وعيوبها .

وفي الفصل السادس يتم الحديث عن طريقة دراسة الحالة من حيث مفهومها وطبيعتها ودورها في العمل الإكلينيكي ومنهج التحليل النفسي في دراسة الحالة .

وفي الفصل السابع والذي يتحدث عن الاختبارات والمقاييس النفسية والشروط الواجب توفرها في الاختبارات النفسية ثم يتم الحديث عن الاختبارات الإسقاطية وخصائصها ودورها في العمل الإكلينيكي ثم يتم حصر عدد من الاختبارات الإسقاطية ثم نتحدث عن اختبارات الشخصية ودورها في عملية التحليل الإكلينيكي ويتم رصد أشهر الاختبارات في مجال الشخصية والتي كثيرا ما يستعان بها في العمل الإكلينيكي .

وفي الفصل الثامن نتحدث عن مدارس العلاج النفسي والعلاقة الوثيقة بين علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي وكيف أن لكل مدرسة علاجية فلسفتها النظرية ودورها في علاج الحالات المرضية وبهذا يكتمل العمل الإكلينيكي بشقيه التشخيصي والعلاجي .

وفي الفصل التاسع يتم التحدث عن الطفولة وبعض المشكلات التي تواجه الأطفال وكيفية التعامل الإكلينيكي مع مشكلات الأطفال وطريقة تشخيصهم وعلاجهم .

وفي الفصل العاشر والأخير نتكلم عن المدخل الباثولوجي للشخصية وفيه نتحدث عن تعريف الشخصية ومكوناتها وطريقة قياس الشخصية وأنواع الشخصيات وطريقة التعامل معها ثم يتحدث الفصل عن نظريات علم النفس المرضى وتأثير المرض على سمات الشخصية .

وفي النهاية أدعو الله أن يكون هذا الكتاب قد عالج قضايا هامة في مجال علم النفس الإكلينيكي تفيد العاملين في المجال الإكلينيكي وتفيد المشتغلين في مجال الطب النفسي والمشغولين بقضايا التشخيص والعلاج النفسي .

كما أدعو الله أن يكون هذا الكتاب مفيدا وأن يجعله في ميزان حسناتي وأن يفيد به العاملين في المجال الإكلينيكي.

وأخيرا أهدي هذا العمل العلمي إلى روح أبي الطاهرة رحمة الله عليه وإلى أمي الحبيبة أمد الله في عمرها وأحسن في عملها وإلى روح أخي وأختي الطاهرتين رحمهما الله وأن لا يحرمني ولا يحرمهم الثواب .

كما أهدي هذا العمل العلمي إلى زوجتي الغالية وأولادي الأعزاء بارك الله فيهم وأصلح حالهم وجزاهم الله خيرا على توفير الجو العلمي المناسب لإتمام هذا العمل العلمي .

المؤلف

د. محمود مندوه محمد سالم

الفصل الأول
تطورعلم النفس الإكلينيكي

عناصر الفصل الأول :

- مقدمة
- تعريف علم النفس الإكلينيكي
- الحاجة إلى علم النفس الإكلينيكي
- المفاهيم المختلفة في علم النفس الإكلينيكي
- تاريخ علم النفس الإكلينيكي
- نشأة وتطور علم النفس الإكلينيكي
- البداية العلمية لعلم النفس الإكلينيكي
- نمو ميدان الطب النفسي
- مجالات العمل الرئيسية لعلماء النفس الإكلينيكيين
- مناهج التشخيص
- علم النفس الإكلينيكي في بعض بلدان العالم
- دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي
- إسهامات الأخصائي النفسي الإكلينيكي في المجال الإكلينيكي
- المبادئ الأخلاقية التي يلتزم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي
- نظريات علم النفس الإكلينيكي
- اتجاهات في علم النفس الإكلينيكي الحديث
- الانتقادات الموجهة لعلم النفس الإكلينيكي

الفصل الأول
تطور علم النفس الإكلينيكي

مقدمة:

على الرغم من أن تاريخ علم النفس الحديث باعتباره علمًا مستقلاً بذاته يرجع غالبًا إلى إنشاء أول معمل متخصص في الأبحاث النفسية في عام ١٨٧٩ على يد عالم النفس الألماني فونت، فإن محاولات إيجاد العديد من الوسائل لتقييم وعلاج الضغوط والاضطرابات النفسية كانت موجودة قبل ذلك بفترة طويلة .

كما أن الأساليب والوسائل المسجلة في بادئ الأمر كانت تجمع بين وجهات النظر الدينية . والطبية ووجهات النظر المبنية على السحر والشعوذة .

ومن أمثلة هؤلاء الأطباء الأوائل في هذا المجال الطبيب Padmasambhava باتانجالي وأبو بكر الرازي وابن سينا وجلال الدين الرومي.

وفي بداية القرن التاسع عشر، أصبح من الممكن فحص رأس الفرد عن طريق علم فراسة الدماغ - أو ما يعرف بعلم الفرينولوجيا - وهو دراسة شخصية الفرد ومعرفة سماته ودرجة قواه العقلية من خلال شكل الجمجمة.

وهناك عدد من الطرق العلاجية الأخرى الشائعة والتي شملت علم فراسة الوجه أو ما يعرف باسم علم الفيزيونوميا - وهو دراسة شكل الوجه وملامحه وتعبيراته - والمسمرية (التنويم المغناطيسي) ، وهو إحدى طرق العلاج النفسي التي توصل إليها العالم الألماني مسمر من خلال استخدام المغناطيس .

ومن الطرق الأخرى التي شاع استخدامها في العلاج النفسي حينذاك أيضًا فكرة الروحانية والشفاء العقلي الذي يرجع إلى العالم الأمريكي فينياس كويمي .

وعلى الرغم من أن الأوساط العلمية أعلنت في نهاية المطاف رفضها لجميع هذه الأساليب السابقة، فلم يبد علماء النفس الأكاديميون أيضًا أي اهتمام بالحالات الخطيرة من الأمراض النفسية والعقلية .

وكان قد تم التعامل مع مثل هذه الحالات بالفعل من خلال مجالات الطب النفسي وطب الأعصاب داخل مصحات ومستشفيات الأمراض النفسية والعقلية .

ولم يزل ذلك حتى نهاية القرن التاسع عشر ، وتقريبًا حتى قام سيجموند فرويد لأول مرة بتقديم طريقة العلاج بالكلام في فيينا ، وهذه كانت البداية الأولى للتطبيق العملي الإكلينيكي لعلم النفس .

وعلم النفس الإكلينيكي علم حديث نسبيا ، وهو لا زال في دور النمو والتطور . ولقد تأثر في نشوئه بمجالين هامين من مجالات الدراسة :

المجال الأول : بدارسة الاضطرابات النفسية والعقلية والتخلف العقلي التي كانت تحظى باهتمام كثير من الأطباء الفرنسيين والألمان مثل لويس روستان ، وجان شاركو، وإميل كرايلين ، وأرنست كريتشمر، وبيير جانيه وغيرهم .

والمجال الثاني : هو دراسة الفروق الفردية التي حظيت باهتمام فرانسيس جالتون، وجيمس ماكين كاتل، وألفرد بينيه، وتيوفيل سيمون، ومن جاء بعدهم من علماء النفس الذين اهتموا ببناء الاختبارات النفسية واستخدامها في أغراض تطبيقية كثيرة .

ومر علم النفس الإكلينيكي في تطوره بمراحل مختلفة ، فقد كان اهتمام علماء النفس الإكلينيكيين قبل الحرب العالمية الثانية مقتصرا في الأغلب على دراسة مشكلات الأطفال . وكانت وظيفتهم الرئيسية هي دراسة حالة الأطفال المشكلين، وتطبيق الاختبارات النفسية عليهم لقياس قدراتهم العقلية بغرض تقديم بعض التوصيات للآباء ، أو المدرسين ، أو الأطباء المعالجين ، أو المؤسسات المسئولة عن الأحداث الجانحين .

وحدث تطور كبير في علم النفس الإكلينيكي أثناء الحرب العالمية الثانية وبعدها ، فقد تسببت الحرب في كثرة عدد المصابين باضطرابات نفسية ، ووجد الأطباء أنهم لا يستطيعون لقلة عددهم مواجهة أعباء العلاج النفسي لهذا العدد الضخم من المصابين باضطرابات نفسية ، مما أدى إلى زيادة الاهتمام بعلماء النفس الإكلينيكيين والالتجاء إليهم ليساهموا في علاج المصابين باضطرابات نفسية . وهكذا بدأ علماء النفس الإكلينيكيون يعنون بالعلاج النفسي للكبار ، بعد أن كان معظم اهتمامهم مقتصرا من قبل على العلاج النفسي للأطفال .

تعريف علم النفس الإكلينيكي :

يعرف علم النفس الإكلينيكي بأنه : الدراسة العلمية لمن يعانون مشكلات نفسية في التكيف مع أنفسهم وبيئتهم، ثم تشخيص حالاتهم وعلاجهم ، ويتناول علماء النفس الإكلينيكيون التصرفات السَّوية وغير السَّوية، ويقومون بالاختبارات النفسية وتفسيرها، ويسعون إلى تشخيص الاختلال العقلي وعلاجه، ويعكفون على دراسة بنية الشخصية وتطورها ويعملون على الحيلولة دون حدوث الاضطرابات الخطيرة التي تعتري الصحة العقلية .

وعلم النفس الإكلينيكي فرع علمي وتطبيقي من فروع علم النفس ، بمعنى أنه يطبق النظريات التي توصلت إليها مجالات علم النفس المختلفة. فعلى سبيل المثال ، يقوم علماء النفس الإكلينيكيون بتطبيق كثير من نتائج دراسة النفس غير السوية عند تشخيصهم الاختلال العقلي وعلاجه .

كما أنهم يستقون المعرفة من مجالات التعلم والدافع، والإدراك ، والشخصية وعلم نفس النمو ، وعلم النفس الفسيولوجي وعلم النفس الاجتماعي . ويعمل علماء النفس الإكلينيكيون في الدوائر الحكومية ، والمستشفيات ، والعيادات ، والجامعات، والعيادات الخاصة ، وأهم نشاطاتهم :

١- الاختبار والتشخيص .
٢- العلاج النفسي والجلسات .
٣- البحوث

١ـ الاختبار والتشخيص : يقوم علماء النفس الإكلينيكيون بوضع اختبارات قياس استعداد الفرد وذكائه وشخصيته ، ثم الإشراف على تلك الاختبارات وتفسيرها . ويمكن الاستفادة من هذه الاختبارات في تشخيص الاختلال العقلي ، أو في وضع الأفراد في المكان الملائم لهم سواء في مجال الدراسة أو العمل .

٢ـ العلاج النفسي والجلسات : يتولى علماء النفس الإكلينيكيون علاج الاختلال العقلي التي تسبب خللا في العلاقات الإنسانية ، أو تصيب الفرد بالقلق ، أو تولِّد له التعاسة .

كما يتناولون الاضطرابات العارضة البسيطة ، مثل الإجهاد الناتج عن إخفاق في الدراسة ، أو الحزن لفقد عزيز غال . ويجتهدون أيضا في حل المشكلات المستديمة الناتجة عن الصراعات العاطفية الداخلية التي تسمى عادة العصاب والذهان .

وهي الحالات التي يتغلب فيها عدم الواقعية على أفكار الشخص ومشاعره وكلماته ومفاهيمه، وجميعها مشكلات تستمر فترة طويلة .

والعلاج النفسي الأداة الرئيسية في يد عالم النفس الإكلينيكي لعلاج الاختلال العقلي . وفي معظم أنواع العلاج النفسي يشرع عالم النفس في الحديث مع المريض عبر سلسلة من اللقاءات الودية . وفي معظم الحالات يحاول عالم النفس مساعدة المريض في فهم السبب في اضطراب شخصيته .

وفهم الاضطرابات العقلية والحيلولة دون حدوثها مقصد مهم من مقاصد علماء النفس الإكلينيكيين . وهم يتولون وضع برامج الجلسات والمشاركة فيها لتعليم العامة سبل تطوير رعاية الطفل ، والعلاقات داخل الأسرة والمدرسة ، وتوسيع نطاق خدمات رعاية الصحة العقلية . كما أنهم يعملون مع رجال الدين ، ورجال التربية والتعليم ، وغيرهم من المهتمين بالأطفال لرصد المشكلات النفسية التي تنشأ في مرحلة مبكرة ووضع الحلول لها .

ومر علم النفس الإكلينيكي في تطوره بمراحل مختلفة. فقد كان اهتمام علماء النفس الإكلينيكيين قبل الحرب العالمية الثانية مقتصرا في الأغلب على دراسة مشكلات الأطفال ، وكانت وظيفتهم الرئيسية هي دراسة حالة الأطفال المشكلين ، وتطبيق الاختبارات النفسية عليهم لقياس قدراتهم العقلية بغرض تقديم بعض التوصيات للآباء ، أو المدرسين ، أو الأطباء المعالجين ، أو المؤسسات المسئولة عن الأحداث الجانحين .

وحدث تطور كبير في علم النفس الإكلينيكي أثناء الحرب العالمية الثانية وبعدها . فقد تسببت الحرب في كثرة عدد المصابين باضطرابات نفسية ، ووجد الأطباء أنهم لا يستطيعون لقلة عددهم مواجهة أعباء العلاج النفسي لهذا العدد الضخم من المصابين باضطرابات نفسية ، مما أدى إلى زيادة الاهتمام بعلماء النفس الإكلينيكيين والالتجاء إليهم ليساهموا في علاج المصابين باضطرابات نفسية . وهكذا بدأ علماء النفس

الإكلينيكيون يعنون بالعلاج النفسي للكبار ، بعد أن كان معظم اهتمامهم مقتصرا من قبل على العلاج النفسي للأطفال .

٣- البحوث : علم النفس الإكلينيكي هو ذلك العلم الذي يدمج بين العلوم والنظريات والمعرفة الإكلينيكية بهدف فهم طبيعة القلق والضغوط والاضطرابات النفسية أو الخلل الوظيفي الناتج عنها ومحاولة التخفيف من حدتها والتغلب عليها ، كما أنه يهدف إلى تعزيز السعادة الذاتية لدى الفرد مما يحقق له التقدم على المستوى الشخصي . وعلاوةً على ذلك ، فإنه يركز بصورة أساسية على كل من التقييم النفسي والعلاج النفسي في الممارسة العملية ، وذلك على الرغم من أن الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين يقومون أيضًا بأدوار مهمة في مجالات أخرى منها البحث العلمي والتدريس في الجامعات وتقديم الاستشارات النفسية والمشاركة في تقارير وشهادات الطب الشرعي ووضع برامج جلسات العلاج النفسي وتطويرها وإدارتها .

وفي كثير من الدول ، يعتبر علم النفس الإكلينيكي من المهن الطبية المعنية بالصحة النفسية والتي يحكمها عدد من القواعد والقوانين .

ويُعتَقدُ غالبًا أن بداية هذا المجال ترجع إلى عام ١٨٩٦ عندما تم افتتاح أول عيادة نفسية في جامعة بنسلفانيا على يد عالم النفس الإكلينيكي لايتنر ويتمر .

وفي النصف الأول من القرن العشرين ، كان يقتصر اهتمام علم النفس الإكلينيكي على التقييم النفسي ، إلا أنه كان يولي اهتمامًا بسيطًا بالعلاج النفسي .

ولكن حدث تطور كبير في علم النفس الإكلينيكي بعد انتهاء فترة الأربعينيات من القرن العشرين ، حيث تسببت الحرب العالمية الثانية في كثرة عدد المصابين باضطرابات نفسية ؛ الأمر الذي أدى إلى الحاجة إلى زيادة عدد الأطباء الإكلينيكيين المدربين .

ومنذ ذلك الوقت ، تم وضع نموذجين تعليميين رئيسيين وهما نموذج العالِم الممارس الحاصل على درجة الدكتوراه في الفلسفة (الذي يركز على البحث العلمي) ونموذج الباحث الممارس الحاصل على درجة الدكتوراه في علم النفس (الذي يركز على الممارسة الإكلينيكية) .

ويعد الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون الآن بمثابة خبراء في مجال تقديم العلاج النفسي ، حيث إنهم عمومًا ما يتلقون تدريبًا خاصًا من خلال أربعة اتجاهات نظرية أساسية ؛ ألا وهي العلاج السلوكي والعلاج الإنساني والعلاج النفسي الديناميكي والعلاج السلوكي المعرفي والعلاج الأسري .

ويرتبط تعريف علم النفس الإكلينيكي بتعريف علم النفس بوصفه علما وتكنولوجيا ومهنة ، وهذه الجوانب الثلاثة يعتمد كل منها على الجانبين الآخرين في نموه وتقدمه بل في وجوده . ولكي نوضح ذلك نعرض لتعريف والتر بنجهام لكل جانب منها ، وهو التعريف الذي قدمه في خطابه أمام المؤتمر الدولي العاشر للتكنولوجيا ، والذي انعقد في جوتنبرج بالسويد عام ١٩٥١ .

- يعرف علم النفس عادة بأنه هو "العلم الذي يهدف إلى وصف وشرح السلوك ، فهو يسعى عن طريق الملاحظة الدقيقة والقياس والتجربة إلى تزويدنا بالمعرفة التي تعين على فهم سلوك الكائنات الحية وبخاصة البشر ، وأسباب هذا السلوك" .

وعلم النفس بوصفه تكنولوجيا يهدف إلى مهمة أكثر صعوبة ، وهي التوصل إلى طرق للتنبؤ عن السلوك وضبطه ، فهو بذلك يسهم في تحقيق أهداف الصناعة والتعليم والصحة العقلية والإدارة والحكم والسياسة ، الخ .

أما علم النفس بوصفه مهنة فيمكن تعريفه عن طريق معرفة ما يقوم به الشخص الذي يتخذ علم النفس مهنة ، أي الشخص الذي يكسب عيشه ، لا عن طريق تدريس مادة علم النفس ، وعن طريق القيام بالبحوث النفسية ، ولكن عن طريق مساعدة عميل له مشكلات معينة ، سواء كان هذا العميل فردا مريضا أو سويا ، أو مؤسسة أو جماعة ، وذلك بفرض تحقيق أهداف هذا العميل . وهو في سبيل ذلك ، يستخدم الطرق والأساليب والأدوات التي تقدمها التكنولوجيا من تشخيص وتنبؤ وعلاج .

والواقع أن جانبي العلم والتكنولوجيا في علم النفس قد تقدما معا ، وربما كان ذلك عن طريق شخص واحد .

فمثلا حاول كاتل وقد تأثر بجالتون ، أن يطبق الأدوات والوسائل التي شغل بها ثورنديك وغيره في دراسة الفروق الفردية ، وأن يطبقها في الصناعة والتعليم والمهن .

كما أن ويتمر وهو عالم لامع وضع الهيكل العام لما نعرفه اليوم باسم العيادة

السيكولوجية ، ولم يقنع بيير جانيه ببحث الشذوذ ولكنه أسهم في تقدم العلاج النفسي .

ومن الواضح بالطبع أن الشخص الذي يتخذ علم النفس مهنة ، والذي يستخدم الطرق والأدوات التي تبتكرها التكنولوجيا ، هذا الشخص الذي يجب أن يكون متعمقا أيضا في علم النفس بوصفه علما ، وكذلك فإن البحث عن حل لمشكلة عملية يمكن أن يزيد في رصيد علم النفس بوصفه علما ، والعكس صحيح وواقع الأمر أن النسبة الغالبة من المشتغلين بعلم النفس يجمعون بين التدريس والبحوث والتكنولوجيا والممارسة المهنية ، بل أن الإعداد الأكاديمي في المعمل وفي البحوث جزء أساسي في إعداد الأخصائي النفسي الإكلينيكي بجانب إعداده المهني .

ولقد كان من الضروري أن نبدأ بهذه المقدمة لكي نمهد الطريق لتوضيح دلالات الترابط والتداخل بين العلم والتكنولوجيا والمهنة في تعريفنا لعلم النفس الإكلينيكي : أسسا وطريقة ونظرية وممارسة .

وهو تعريف يختلف أحيانا باختلاف الإطار المرجعي للقائم بالتعريف . فمثلا ، نجد أن بعض الدوائر وبخاصة الطبية منها ، تفضل أن يقتصر تداول كلمة "إكلينيكي" على النشاط ألطبي .

وكلمة "إكلينيكي" مشتقة في الأصل من كلمة يونانية تشير إلى معنى "بجوار سرير المريض" ثم امتد استخدامها إلى دراسة الفرد كفرد ، أي فحص وعلاج المريض كفرد على أساس أعراضه ، وليس على أساس أن هذا المريض مثال لحالة من الحالات التي تصفها المراجع . ونجد اليوم أن كلمة "clinic" أي "عيادة" قد اكتسبت معاني مختلفة ، ومنها مثلا : العيادة الخارجية مقابل الإقامة في مستشفى . كذلك ينتشر بين بعض الدوائر الطبية تعريف آخر لعلم النفس الإكلينيكي ينكره المشتغلون به ، لأنه يعادل بين الممارسة الإكلينيكية والقياس السيكولوجي ، ويرى فريق ثالث أن علم النفس الإكلينيكي يتناول فقط المرضى الشواذ .

وبالرغم من أن هذه التعاريف لا تكاد تتجاوز قيمتها اليوم دلالتها التاريخية ، إلا أنها تركت بصماتها على العلاقات بين مختلف الأخصائيين الذين يتعاملون مع العميل ، ولذلك فإن فهمها وتتبع أصولها ضروري لفهم مشكلات الحاضر . وفي تعريف علم

النفس الإكلينيكي من جانب السيكولوجيين أنفسهم ، نورد على سبيل المثال تعريف جار فيلد "علم النفس الاكلينيكي هو ذلك الفرع من علم النفس الذي يهتم بمشكلات توافق الشخصية وتعديلها" .

وفي هذا التعريف العام ، يؤكد جار فيلد أن الأخصائي النفسي الإكلينيكي هو أولا وقبل كل شيء عالم نفس ، يحتفظ بولائه لعلم النفس الذي يتلقى إعداده فيه ويلتزم بقيمه الأساسية ومنها القيم المرتبطة بالبحث العلمي ، ولو أنه يتخصص في علم النفس الإكلينيكي ويتلقى التدريبات العملية الضرورية في المواقف الإكلينيكية . ويمكن القول بأن علم النفس الإكلينيكي هو علم ومهنة في وقت واحد ، وهو أمر قد يختلف بعض الشيء عن عدد من المهن مثل الطب والخدمة الاجتماعية ، حيث يعد العامل فيهما ليكون في الأساس ممارسا ، بل أن الطب يميز بين العلوم الأساسية وبين الممارسة الإكلينيكية .

وإذا كان بعض الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين يركزون كل اهتمامهم في العمل الإكلينيكي ، بينما يركز البعض الآخر جهودهم في البحوث أو في التدريس ، فإنهم جميعا ينتمون إلى المهن النفسية ، ويتعين أن يثبتوا جدارتهم في البحث العلمي .

وفي عام ١٩٤٧ ، كونت الجمعية النفسية الأمريكية لجنة برئاسة شاركوه لتقديم توصياتها فيما يتعلق بالدراسات العليا والتدريب في علم النفس الإكلينيكي ، وهي التوصيات التي أصبحت نبراسا تهتدي به الجامعات الأمريكية في تخطيط برامجها ومعيارا لتقويم هذه البرامج ، وذلك بالرغم مما يدور حولها من جدل متصل حتى اليوم . وقد عرفت هذه اللجنة علم النفس الإكلينيكي بأنه "طريقة لاكتساب المعرفة المنظمة بالشخصية الإنسانية ولإعداد الطرق لاستخدام هذه المعرفة لتحسين الحالة العقلية للفرد" .

كما تختلف التعريفات لهذا العلم باختلاف الإطار المرجعي للقائم بالتعريف ، ومن الاتجاهات المختلفة في تعريف علم النفس الإكلينيكي :

١- المنظور الطبي : تفضل الدوائر الطبية أن تقتصر كلمة إكلينيكي على النشاط الطبي ، وهي مشتقة من الكلمة اليونانية "كلينكوس" وتعني مختلف أنواع العلاج الطبي الذي يقدم للمريض في فراشه ، أو الخدمات المرتبطة بالرعاية "السريرية" للمريض ،

حيث إن كلمة (كلينيك) بمعنى الفراش و(كليتاين) تعني اضطجع ، فإن هذه اللفظة اتسع معناها بحيث أصبحت تشير إلى الفن الذي ينحصر في استجواب وفحص وملاحظة المرضى . ووفقا لهذا الاتجاه الطبي يقرر بيش Bisch بأن علم النفس الإكلينيكي علم مبني على الخبرة الإكلينيكية ولا ينبغي لأحد أن يعتبر نفسه اختصاصيا إكلينيكيا نفسيا ما لم يكن لديه خلفية طبية .

غير أن هناك أوجه نقد توجه لهذا الاتجاه ، حيث لم تعد الممارسة الإكلينيكية مقصورة فقط على أولئك الذين حصلوا على تعليم طبي ، كما أن معظم أقطاب العلاج النفسي لم يكن لديهم خبرة طبية مثل : كارل روجرز ، البورت ، إريك فروم ، ماسلو ..... الخ .

٢- منظور علم النفس المرضى : يرى هذا الاتجاه أن علم النفس الإكلينيكي هو أحد الفروع التطبيقية لعلم النفس الحديث ،يعتمد إلى حد كبير على الإفادة من المعلومات والمهارات الموجودة في فروع علم النفس الأساسية والتطبيقية بهدف زيادة كفاءة الخدمة الطبية النفسية التي تقدم للمرضى النفسيين في مجالات التشخيص والعلاج والتأهيل ، ويكون التميز ما بين الأخصائي النفسي والطبيب النفسي في أن الأخصائي النفسي يبحث في الاضطرابات النفسية على أنها نتاج خبرات مبكرة أو تعلم في حين يبحث الطبيب النفسي هذه الاضطرابات على أنها أمراض تحتاج إلى علاج خاص .

٣- المنظور الشذوذي : هذا الاتجاه يركز على أن علم النفس الإكلينيكي يتناول فقط السلوك المرضى والشاذ ، وقد تحدد هذا المفهوم عندما أنشا ويتمر أول عيادة نفسية تهتم بقياس الذكاء وتقدر التخلف والضعف العقلي، وبناء على هذا المفهوم تم إنشاء مؤسسة فينلاند لدراسة التخلف العقلي وعيادة شيكاغو لإرشاد الأطفال ، وتم تعريف علم النفس الإكلينيكي بأنه العلم الذي يعنى بفحص الفرد الشاذ عقليا أو الأقل ذكاء .

ومع أن الاهتمام الرئيسي لعلم النفس الإكلينيكي ظل قاصرا على عمليات التشخيص والتقدير للوظائف العقلية لفترة طويلة إلا أن الانتقادات التي وجهت بهذا

الاتجاه أن علم النفس الإكلينيكي يهتم أيضا بدراسة الأسوياء : نموهم ، تطورهم ، شخصيتهم، مشكلاتهم .

٤- المنظور الحديث : يرى هذا الاتجاه أن علم النفس الإكلينيكي هو ميدان من ميادين علم النفس الذي يتناول تشخيص الأمراض النفسية العقلية واضطرابات السلوك وعلاجها ، وهو في سبيل ذلك يستعين بأدوات علمية ، ويتم هذا التشخيص في عيادة .

الحاجة إلى علم النفس الاكلنيكي :

تنبع أهمية علم النفس الإكلينيكي وأهمية دراسته من طبيعة العصر الذي نعيشه والذي يؤدي إلى إشاعة الخوف والذعر والقلق .

وسوف نستعرض أهم ملامح المدنية الحديثة وما تفرضه من تغييرات وتطورات على حياه الناس وكيف انعكس ذلك على نشأة كثير من الاضطرابات النفسية :

١- التقدم العلمي التكنولوجي : أدى التقدم العلمي والتكنولوجي إلى سيادة المخترعات الحديثة التي سهلت حياة الناس بدرجة كبيرة ، ومع ذلك كانت مصدرا لشقائهم ، هذه الأجهزة بما تمتاز به من تعقيد لا بد أن يتعلم الفرد كيف يتوافق معها ، وهذه مهمة قد ينجح فيها وقد يفشل ، وهذا الفشل قد يؤرق الفرد ويقلقه بالإضافة إلى أن هذه المخترعات قد تكون مكلفة ماديا على الفرد العادي وبالتالي يكون شديد الحرص على سلامتها وأكثر خوفا من أن يصيبها ما يتلفها ، بالإضافة إلى أن هذا التقدم جعل الناس يعيشون تشكيلة من المنبهات الحسية (أضواء ـ ألوان ـ ضجيج ـ.....) من أشياء تصل إلى الحواس بشكل مستمر مما يزيد من انضغاط الشخص وزيادة معدل الإصابة بالاضطرابات النفسية ، ومن أبرز أمراض العصر هو القلق والاكتئاب الذي يعتبر أكبر دافع للانتحار وهي من أكبر المشكلات التي تواجه العالم .

٢- البطالة : هناك نوع من المخترعات يستهدف زيادة الإنتاج وهي مخترعات تتسم بالميكنة والضبط الآلي ، واستخدام الحاسب الآلي والآلات الأوتوماتيكية أصبحت بديله عن العنصر البشري مما أدى إلى اندثار المهن التي كانت تستخدم عمالة كبيرة ، فمصنع كان يحتاج إلى آلاف العمال أصبح يحتاج إلى بضعه عمال للإشراف

على الأجهزة الآلية مما أدى إلى تناقص فرص العمل بشكل كبير تعجز معه على مواجهة الأعداد المتزايدة من الخريجين وانتشار البطالة بين المتعلمين وزيادة أوقات الفراغ وما ترتب على ذلك من مشكلات اجتماعية .

٣- الحروب وأسلحة الدمار الشامل : شهد العصر الحالي تطورات هائلة في الحروب مع تطورات مخترعات التخريب والدمار ، ما بين قنابل ذرية ونووية وغازات سامة وأقمار تجسس وقنابل أسرع من الصوت ومن الضوء الخ .. مما يجعل انفعالات الناس في جميع دول العالم تتأرجح ما بين مد وجزر ، وتجعلهم يعيشون في رعب مؤلم قد نتناساه لكنه لا يموت ، يظل موجود في نفوسنا لا شعوريا ، بالإضافة إلى أن الصحف والإذاعات تطالعنا كل يوم بأخبار عن حروب سواء كانت العراق أو فلسطين أو البوسنة أو الصومال .. غير الإرهاب وترويع الآمنين وانتشار الأزمات النفسية ، كل هذا يجر على الإنسانية ضغطا نفسيا خانقا يولد كثيرا من الاضطرابات ، إلى جانب ما تخلفه الحروب من خلل في التركيب البشري للمجتمعات نتيجة لوفيات المحاربين أو إعاقات الناجين وانتشار الصدمات النفسية الناتجة عن الحروب .

٤- تهديد مستقبل البشرية : علماء الإحصاءات السكانية وخبراء المال والاقتصاد ، يخرجون علينا يوميا بحقائق تثير الذعر وعدم الطمأنينة مثل : الانفجار السكاني – عدم كفاية الغذاء – المجاعة والأوبئة إلى غير ذلك من الأخبار التي تصور المستقبل معتما موحشا وكل هذا يبعث في النفس مشاعر القلق وتوقع الفقر .

٥- انتشار الأزمات الاقتصادية : إلى جانب غلاء الأسعار الذي يجتاح العالم وانتشار الفقر والتهديد بالجوع تضاف مشكلات البطالة وفقدان العمل ، بالإضافة إلى الفروق في طبقات المجتمع الواحد فالهرم الطبقي ليس مستويا وأصبح كتل من الطبقات التي تتباعد المسافات بين أفرادها وعدم المساواة في الممتلكات وفرص العمل مع ضعف التكافل الاجتماعي بين الطبقات وما يثيره ذلك في نفوس الأفراد من حقد جماعي وصراع طبقي .

٦- حرمان الأسرة من الرعاية الأمومية : اندفاع المرأة للعمل سواء طلبا للرزق أو إثباتا لوجودها ، جعلها تضحي بوعي أو من غير وعي بمستقبل جيل من الأبناء يعيشون

حياة من العزلة والحرمان من الصغر ، خصوصا مع الاعتماد الكبير على الخدم والمربيات واختلاف القيم الثقافية والاجتماعية لحياة الطفل عما هو سائد في أسرته من قيم ، بالإضافة إلى مشكلات الحياة أخذت الكثير من وقت الآباء فقل جلوس الأسرة معا والتفافها حول مائدة الطعام . وهذا قد يفسر ثورات الشباب في معظم دول العالم التي هي في جوهرها تعبير عن قلق الشباب على مستقبله وتعبير عن عدوان مكبوت تجاه ممثلي السلطة من الآباء أولا والقادة ثانيا .

٧- أساليب التنشئة الخاطئة : استخدام الأساليب الخاطئة في معاملة الوالدين لأبنائهم قد يؤدي إلى بذر بذور القلق والاضطراب مثل استخدام النبذ - الحرمان لمعاقبة الطفل- المقارنة - التذبذب في معاملة الطفل- التحقير - التدليل الزائد - التسامح المخل بالنمو النفسي السليم - الطموح الزائد .

٨- الطفرة الإعلامية والجريمة : الإعلام أصبح مصدرا لبث الكثير من القيم والسلوكيات الغربية كما أصبح شريكا للأسرة والمدرسة في تربية النشء وتوجيه عقولهم ومشاعرهم وسلوكياتهم ، وخرجت المادة الإعلامية التي تعرض عن رقابة المراقبين وأصبحت تمثل تحديا للقيم الموروثة والأنظمة التربوية وأحدثت فجوة هائلة بين الأجيال ، وأثبتت كثير من الدراسات العلمية وجود علاقة ما بين العنف والعدوان المعروض في الإعلام وما بين العنف والعدوان في المجتمع ، بالإضافة إلى شيوع الفكر الإرهابي والمنحرف والجريمة بشكل كبير .

٩- انتشار الأمراض الخطيرة : مع أنه حدث تفاؤل في منتصف القرن الـ ٢٠ مع تطور المضادات الحيوية في مواجهة الأمراض الخطيرة مثل الدرن والجذام وغيرها من الأمراض الخطيرة المعدية ، إلا أن هذا العصر شهد ظهور أمراض وأوبئة أكثر خطرا جعلت الناس يشعرون بالهلع منها بشكل كبير وتعرف بأمراض النهاية مثل أمراض القلب - الفشل الكلوي السرطان الإيدز .

١٠- زيادة ضغوط الحياة : تعرف الضغوط بأنها مثيرات أو تغييرات في البيئة الداخلية أو الخارجية مما يثقل القدرة التكيفية للإنسان والتي في ظروف معينة تؤدي إلى

اختلال في السلوك أو عدم التوافق ، واهتم العلماء بأحداث الحياة كمدخل لدراسة الضغوط وهناك ٣ أنماط من أحداث الحياة الضاغطة :

- الكوارث الطبيعية (فيضانات - زلازل ... الخ) .
- كوارث عرضية - غير مقصودة التي هي من صنع الإنسان - مثل : (حوادث سيارات - تحطم طائرة - حريق كبير) .

كوارث ناتجة عن فعل متأني ومخطط للإنسان مثل القذف بالقنابل- إطلاق الرصاص - التعذيب - التشويه - الاغتصاب .

كما يذكر فرانس أن من بين ضغوط أحداث الحياة : الوحدة - المرض- الصراع الزواجي- فقدان المهنة - السجن - الضغوط المهنية بالإضافة إلى ما سبق تأثير الخبرات اليومية المشحونة انفعاليا على الحالة الصحية للإنسان مثل الكدح اليومي - المشاحنات - المجادلات إحباطات ، جميع هذه المواقف المشحونة مثيرات لأمراض نفسية وتجعل الإنسان عرضة للانهيار العصبي والوقوع فريسة للأمراض الجسمية والنفسية .

المفاهيم المختلفة في علم النفس الإكلينيكي :

هناك ثلاثة مفاهيم لعلم النفس الإكلينيكي :

١- المفهوم الديناميكي	Dynamic
٢- المفهوم القياسي	Psychometric
٣- المفهوم التجريبي	Experimental

١- المفهوم الديناميكي :

ويمكن أن يقسم بالتالي إلى :

- المفهوم الإسقاطي	Projective
- المفهوم التفسيري	Interpretative
- المفهوم العلاجي	Psycho Therapeutic

وهذا المفهوم مبني على نظريات التحليل النفسي لفرويد ومن أعقبوه وأهمها استعمال Roschach التحليل النفسي في العلاج وكذلك الوسائل الإسقاطية وأهمها

اختبار رورشاخ وهذا الاختبار هنا لا يستعمل كوسيلة إسقاطية وإنما كوسيلة تفسيرية للدلالة على الديناميات والميكانيزمات .

ومن رأينا أن هذا المفهوم التحليلي أو الديناميكي لا يعتبر جزءا من علم النفس الإكلينيكي لأنه يعتمد أساسا على التحليل النفسي والذي يختلف تماما عن مفهومات علم النفس الأكاديمي .

٢- المفهوم القياسي :

أما المدرسة الثانية فلها مفهوم تقسيمي تقييمي إحصائي Classificatory Evaluative and Statistical والتركيز الأساسي هذا على التشخيص والتقييم عن طريق الاختبارات النفسية والوسائل الإحصائية وأشهر هذه الاختبارات هو اختبار مينوستا (Minnosota Multiphasic Personality Inveentory) (M .M .P .I) .

٣- المفهوم التجريبي :

أما المدرسة الثالثة الهامة في علم النفس الإكلينيكي فإنها تركز النظريات السيكولوجية "Psychological Theories" كالنظرية الحديثة في التعليم وكذلك تركز على أهمية التقاءاتها بالنسبة للمدرسة الديناميكية والمدرسة القياسية وسنورد بعد ذلك فيما بعد .

- تاريخ علم النفس الإكلينيكي :

- لكل علم تاريخ ، وقبل كل تاريخ يوجد ماض . وقد يمتد هذا الماضي إلى ما قبل عصر التدوين ، ونحن نتعلم دائما دروسا مهمة سواء من تاريخ العلم أو من ماضيه ، وقد يكون ما نتعلمه من الأخطاء أكبر وأكثر فائدة مما نتعلمه من كل ما كان صوابا وخصبا .

- وتتمثل القيمة الحقيقية للتاريخ في أنه يشعرنا بالتواصل مع الأجيال السابقة علينا ، والاستمرارية والارتباط بالأجيال التالية لنا ، ويوفر لنا المعنى الصحيح لمفهوم التراكم في العلم ، وأن جهود العلماء والمفكرين لا تذهب هباء حتى إن غفل عنها عصرهم أو تجاهلها أو لم يعرف قيمتها .

- عندما نسعى للتعرف على البدايات الأولى المبكرة لعلم النفس الإكلينيكي ، فعلينا أن لا نتوقع العثور على مصطلح علم النفس الإكلينيكي ، فعمر هذا المصطلح يتعدى بالكاد المئة عام .

- سوف نصادف تداخلا بين الكهانة والطب والفلسفة ، تداخلا بين الطقوس الدينية والمرض العقلي وبين الأفكار الخرافية ويمثل ذلك أول دروس التاريخ المهمة التي يتعين علينا أن نستوعبها ، فالفرد يسعى إلى الراحة والتخفف من القلق وهو يحاول فهم أمراضه وعلاجه ولا يتسنى له تحقيق شيء من ذلك دون أن يفهم الحقائق بوضوح ويفرز الأفكار الصحيحة من الخرافة .

- يعود الوعي بالمرض العقلي وعلاجه إلى أبعد من ٢١٠٠ قبل الميلاد ، وينسب أول اهتمام به إلى البابليين الذين اعتقدوا أن المرض العقلي يحدث نتيجة تملك شيطان لروح الشخص لا يمكن انتزاعه إلا من خلال الوسائل السحرية والدينية ، وكان الكهنة هم الأطباء وهم السحرة .

- وتقدم تصورا مشابها لفكرة التملك الشيطاني ، إذ تفسر المرض على أنه عقابا للخطايا التي يرتكبها الفرد ، وعلى الرغم من هذا التصور العقائدي اللاهوتي للصحة والمرض العقلي . وقد أظهر العبرانيون بعض الاستبصارات الواقعية المتسمة بالفهم حيث اعتبروا الأحلام تعبيرا عن رغبات ممنوعة لا يتحملها ضمير الفرد ، وهل فكره لا تختلف كثيرا عن أفكار فرويد بعد ذلك بتسعة وعشرين قرنا وقد يكون فرويد استمدها من هذا التراث القديم .

- تقوم الفلسفة السقراطية على المبدأ الشهير (اعرف نفسك) والذي يجعل الفرد يبحث عن إجابة على كل الأسئلة في داخله ، وعند فحص هذا المبدأ سنجد أن جوهر أساليب العلاج الحديثة – بعد أكثر من ٢٤ قرن- لا تخرج عنه .

- فالمحلل النفسي يساعد المريض على معرفة المواد المكبوتة في لا شعوره ، صراعاته ، شهواته ، نزعاته العدوانية . ويستخدم التداعي الحر لكي يمكن المريض من معرفة نفسه والدوافع التي تحرك سلوكه .

- ويستخدم العلاج السلوكي أساليب التشريط وإلغاء أثر التشريط ليساعد المريض على إدراك أي صعوباته نشأت عن اقتران مرضي بين منبهات معينة تعرض لها في لحظات خوف أو قلق وأن استجاباته غير ملائمة ومخاوفه لا أساس لها .
- ويدرب العلاج المعرفي المريض كيف يواجه أفكاره السلبية التي تقف خلف مشاعره الاكتئابية ويعلمه كيف يستبدل بها أفكار إيجابية وما هذا إلا تدريب على : كيف يعرف الشخص نفسه ، إذن هذا هو العلاج الذي يمارسه الأخصائي النفسي الإكلينيكي .
- أبو قراط هو طبيب إغريقي وإليه ينسب التطور البارز في المعارف الطبية المتعلقة بأداء الجسم الإنساني وأمراضه ، وقد امتدت نظرية أبو قراط بحيث تضمن إدراكا جديدا لطبيعة المرض العقلي فلا هو بالمرض المقدس ولا هو تلبس شيطاني بل هو مرض لا يختلف عن أي مرض إنساني آخر له أسبابه المحددة وخصائصه قابلة للملاحظة . وقد طور أبو قراط نظرية في المزاج يفترض فيها أن الزيادة غير المتوازنة في بعض العناصر السائلة في الجسم مثل الدم .

ولعل أهم ما يلفت النظر في أعمال أبو قراط أنه لم يرد الأعراض النفسية إلى أسباب عضوية بل أشار إلى ضغوط البيئة التي يتعرض لها المريض وأثرها في أحداث المرض .

عصور الظلام في القرون الوسطى :

- ارتدت الحضارة بعد ذلك بقرون ارتدادا شديدا في أوروبا وسيطر على المجتمع لاهوتيين ضيقوا الأفق نسوا تماما ما قدمه أبو قراط إلى درجة سن القوانين التي توجب محاكمة وإدانة كل من تعرض للمس الشيطاني (أي المرض العقلي) بل وتوجب إدانة كل من يتصدى لعلاجه بالطب القائم على الإلحاد .

ما بعد عصر النهضة :

- ببداية عصر النهضة وزوال تأثير الكنيسة أسهمت الفلسفة الحديثة في إقامة نسق عقلي يتيح للعلم دورا واعدا ومباشرا ويوفر فهما متعمقا لأسلوب تناول الظواهر

مبتعدا عن التفكير الخرافي واللاهوتي مؤكدا على أن الخبرة هي الطريق الوحيد للحصول على المعرفة والمقصود بالخبرة هنا هو الملاحظة والتجربة كما تعني التصنيف وجمع الخصائص المشتركة .

وبحلول النصف الثاني من القرن التاسع عشر ، أصبحت الدراسة العلمية في علم النفس راسخة بصورة جيدة في معامل الجامعة . وعلى الرغم من أن هناك أصوات قليلة كانت تنادي بعلم النفس التطبيقي ، بدأ عامة العلماء لا يبالون بهذه الفكرة ويصرون على دراسة العلوم البحتة باعتبارها المجال الجدير بالدراسة فحسب .

ولكن تغيَّر هذا الموقف عندما وافق لايتنر ويتمر ، أحد تلاميذ فوندت ورئيس قسم علم النفس في جامعة بنسلفانيا ، على علاج طفل صغير كان يعاني من صعوبات في النطق . وسرعان ما دفعه علاجه الناجح إلى افتتاح أول عيادة نفسية له في جامعة بنسلفانيا في عام ١٨٩٦ ، حيث كان اهتمامه ينصب على مساعدة الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم .

وبعد مضي عشر سنوات وتحديدًا في عام ١٩٠٧ ، كان من المقرر أن يؤسس ويتمر أول مجلة علمية متخصصة في هذا المجال الجديد ؛ وأسماها مجلة The Psychological Clinic حيث طرح مصطلح "علم النفس الإكلينيكي" وعرَّفه بأنه "العلم الذي يُعنى بدراسة الأفراد عن طريق الملاحظة أو التجربة بهدف تعزيز التغيير في حياة الفرد" .

غير أنه كانت هناك استجابة بطيئة للسير على نهج نموذج ويتمر إلى حد ما ، ولكن بحلول عام ١٩١٤ ، كان هناك ٢٦ عيادة نفسية مماثلة في الولايات المتحدة الأمريكية .

ومع تطور علم النفس الإكلينيكي ، فلا يزال التعامل مع المشكلات الناجمة عن الاضطرابات النفسية والعقلية الخطيرة يندرج ضمن مجال اختصاص كل من الأطباء النفسيين وأطباء الأعصاب .

ومع ذلك ، واصل الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون تحقيق التقدم في هذا المجال نتيجة لزيادة مهاراتهم في التقييم النفسي . وجدير بالذكر أن الأخصائيين النفسيين حققوا شهرةً واسعة النطاق وأثبتوا جدارتهم باعتبارهم خبراءً في مجال التقييم النفسي

خلال فترة الحرب العالمية الأولى وذلك عن طريق وضع اثنين من اختبارات قياس الذكاء؛ وهما اختبار الجيش ألفا واختبار الجيش بيتا .

(وذلك لاختبار المهارات اللفظية وغير اللفظية على التوالي) .

والذين يمكن استخدامهما مع مجموعات كبيرة من المجندين لقياس ذكائهم وقدراتهم العقلية . ونظرًا لنجاح هذين الاختبارين إلى حد كبير ، كان من المقرر أن يصبح التقييم النفسي أساس دراسة علم النفس الإكلينيكي على مدى ربع قرن فيما مضى ، ولكن عندما اندلعت حرب أخرى تغيَّر الوضع مما دفع هذا المجال إلى دراسة العلاج النفسي .

عندما اندلعت الحرب العالمية الثانية ، قام الجيش مرة أخرى باستدعاء العديد من الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين . ذلك ، حيث أنه بمجرد عودة الجنود من المعارك الحربية ، بدأ الأخصائيون النفسيون ملاحظة إصابة الجنود بأعراض الصدمة النفسية التي يطلق عليها "صدمة القنابل" (والتي عُرِفَت فيما بعد باسم اضطراب ضغط ما بعد الصدمة) والتي تم علاجها بأفضل الطرق وفي أسرع وقت ممكن حينذاك .

ونظرًا لأنه تم زيادة عدد الأطباء (بما في ذلك الأطباء النفسيين) لعلاج الحالات التي تعاني من إصابات بدنية وجروح ناتجة عن الحرب ، فإنه قد تم استدعاء العديد من الأخصائيين النفسيين للمساعدة في علاج هذه الحالات .

وفي الوقت نفسه ، قامت الأخصائيات النفسيات (اللاتي تم استبعادهن من المساهمة في علاج حالات الإصابة الناجمة عن الحرب) بتشكيل المجلس الوطني للأخصائيات النفسيات وذلك لمساعدة المجتمعات التي تعاني من الاضطرابات والضغوط النفسية الناجمة عن الحرب ودعم الأمهات الشابات بالنصائح والتوجيهات الخاصة بشأن تربية الأطفال .

وبعد انتهاء فترة الحرب ، قامت إدارة شئون المحاربين القدامى بالولايات المتحدة الأمريكية بتخصيص استثمار هائل لوضع برامج لتدريب الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين الحاصلين على درجة الدكتوراه للمساعدة في علاج الآلاف من المحاربين القدامى ممن هم في حاجة إلى رعاية خاصة . ونتيجةً لذلك ، تحولت الولايات المتحدة الأمريكية من دولة لا يوجد بها أي برامج جامعية رسمية في علم النفس الإكلينيكي في

عام ١٩٤٦ إلى دولة تمتلك ما يزيد عن نصف جميع شهادات دكتوراه الفلسفة التي يتم منحها في علم النفس الإكلينيكي في عام ١٩٥٠ .

جدير بالذكر أن الحرب العالمية الثانية قد ساعدت في إحداث تغييرات جذرية في علم النفس الإكلينيكي ، ولم يقتصر ذلك على أمريكا فحسب بل امتد ليشمل العالم أجمع . فقد بدأت الدراسات العليا المتخصصة في علم النفس تشمل العلاج النفسي وذلك بإضافته إلى دراسة علم النفس والبحث العلمي استنادًا إلى نموذج العالِم الممارس الصادر عام ١٩٤٧ ، الذي يُعرف اليوم باسم نموذج بولدر ، والذي تعتمد عليه برامج دكتوراه الفلسفة في علم النفس الإكلينيكي . وإضافةً إلى ذلك ، فقد تطور علم النفس الإكلينيكي في بريطانيا بدرجة كبيرة مثلما حدث في الولايات المتحدة الأمريكية بعد الحرب العالمية الثانية ، ولا سيما في إطار جهود هيئة الخدمات الصحية الوطنية البريطانية ، وذلك من خلال شروط التأهيل والمعايير والرواتب التي أقرتها جمعية علم النفس البريطانية .

قام الأطباء الإكلينيكيون بعدد كبير من الإسهامات الفردية التي اعتمدت غالبًا على تدريبهم في هذا المجال - على سبيل المثال ، قد يستخدم طبيب العلاج السلوكي المعرفي أوراق عمل لتسجيل حالات الإدراك التي أدت إلى الشعور بالقلق والضيق وقد يشجع المحلل النفسي استخدام أسلوب التداعي الحر ، بينما قد يركز الأخصائي النفسي المدرب على استخدام أساليب الجشطلت على التفاعل المباشر بين المريض والمعالج النفسي . وعلى وجه العموم ، يسعى الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون جاهدين إلى جعل أعمالهم تستند إلى الأدلة البحثية ونتائج الدراسات بالإضافة إلى آراء علماء النفس الإكلينيكيين ذوي الخبرة . وعلى الرغم من وجود عشرات من أساليب العلاج النفسي المعترف بها في كثير من الأحيان ، فغالبًا ما يمكن تصنيف الفروق والاختلافات التي توجد فيما بينها من خلال بعدين هما الاستبصار في مقابل توجيه السلوك والعلاج داخل الجلسة في مقابل العلاج خارج الجلسة .

نورد فيما يلي عددًا من المجلات العلمية المهمة التي تصدر في مجال علم النفس الإكلينيكي أو تعد ذات صلة به .

- مجلة American Journal of Psychotherapy
- مجلة Annual Review of Clinical Psychology
- مجلة Annual Review of Psychology
- مجلة British Journal of Psychotherapy
- مجلة British Journal of Clinical Psychology
- مجلة Clinical Psychology and Psychotherapy
- مجلة Clinical Psychology Review
- مجلة Psychology: Science and Practice Clinical
- مجلة Session: Psychotherapy in Practice In
- مجلة International Journal of Psychopathology
- مجلة International Journal of Psychotherapy
- مجلة Journal of Abnormal Psychology
- مجلة Journal of Affective Disorders
- مجلة Journal of Anxiety Disorders
- مجلة Journal of Child Psychotherapy
- مجلة Journal of Clinical Child Psychology
- مجلة Journal of Clinical Psychiatry
- مجلة Journal of Clinical Psychology
- مجلة Journal of Clinical Psychology in Medical Settings
- مجلة Journal of Clinical Psychopharmacology
- مجلة Journal of Consulting and Clinical Psychology
- مجلة Journal of Contemporary Psychotherapy
- مجلة Journal of Family Psychotherapy
- مجلة Journal of Psychotherapy Integration
- مجلة Research & Journal of Psychotherapy Praxis
- مجلة Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior therapy
- مجلة Journal of Social and Clinical Psychology

- مجلة Psychopathology
- مجلة Psychosomatics & Psychotherapy
- مجلة Psychotherapy Research

نشأة وتطور علم النفس الإكلينيكي :

يعتبر علم النفس الإكلينيكي أسرع العلوم التطبيقية تطورا من بين العلوم الاجتماعية . وإذا ما قارنا عدد السيكولوجيين الإكلينيكيين في هذه البلاد (الولايات المتحدة الأمريكية) بعددهم في عام ١٩٤٠ فإننا نجد أن هذا العدد تضاعف ، ثم تضاعف مرة أخرى ، ولا يزال يتزايد بسرعة . وفي الوقت نفسه نجدَ أن ضروب الأنشطة المستخدمة ، وأساليب ومناهج البحث ، وطرق الاقتراب النظرية قد خضعت هي الأخرى لتغيرات سريعة . وقد يكون مفيدا لكي ندرك الممارسة في ميدان علم النفس الإكلينيكي الآن ، أن نستعرضها في إطارها التاريخي .

وسوف نعرض في هذا الفصل نظرة عامة مختصرة للتأثيرات والتغيرات التي حدثت في علم النفس الإكلينيكي بصفة عامة .

افتتحت أول عيادة علم نفس "Psychological clinic" في عام ١٨٩٦ في بنسلفانيا والتي تعتبر النقطة الأولى في التحرك في هذا الاتجاه .

وفي عام ١٩٣١ عقد أول مؤتمر لعلم النفس الإكلينيكي في جامعة بنسلفانيا أيضا والذي أظهر مدى تقبل المفهوم العام لعلم النفس الإكلينيكي ومدى أهميته وإسهاماته في المجالات المختلفة حيث إن الاهتمام كله كان منصبا قبل الحرب على مجال علم النفس التعليمي Educational Psychology "Eysenck" هذا الموقف من ناحية علاقة علم النفس الإكلينيكي بالطب النفسي ، وفي عام ١٩٥٠ أنه توجد مهمتان لكل منهما معلومات ضئيلة عن الآخر وكذلك رغبة ضئيلة في أن يتعرف كل منهما على الآخر وهما علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي . وأنه لا بد من إيجاد بعض الوسائل للتقريب بينهما ، ولتحقيق ذلك بدأ أول منهج لتدريس علم النفس الإكلينيكي وتم ذلك أيضا عن طريق جمعية الطب النفسي .

علم النفس الإكلينيكي كمهنة لا توجد إلا في الولايات المتحدة الأمريكية وإنجلترا .

البداية العلمية لعلم النفس الإكلينيكي :

تفرعت أصول علم النفس الإكلينيكي من مجالين من مجالات الدراسة ، أحدهما هو دراسة السلوك غير السوي (الشاذ) ، بما فيه التخلف العقلي أو الضعف العقلي . وقد اهتم الأطباء في أواخر القرن الثامن عشر بالسلوك غير السوي ، واعتبروه مرضا لأول مرة منذ أيام أبقراط وجالينوس أكثر منه نتيجة لتسلط الشياطين ، أو للسحر ، أو لأسباب خفية أخرى . وقد شهد القرن التاسع عشر عدة محاولات لتصنيف هذه الاضطرابات ، كما شهد عددا من المحاولات الفجة لعلاجها ، على الأقل في فرنسا . وعلى الرغم من أن بعض السيكولوجيين قد شاركوا في هذه المحاولات التي كانت ترمي إلى وصف المرض العقلي ، إلا أن معظم الذين اشتغلوا بهذه المحاولات كانوا من الأطباء . فقد بدأ بعض الأطباء الفرنسيين والألمان وبعض السيكولوجيين مثل :

جان شاركو Jean Charcot ؛ إميل كرايبلين Emil Kraeplin بيير جانيه Pierre Janet ؛ لويس روستان Louis Rostan وإرنست كريتشمر Ernest Kretschmer في وصف بعض الاضطرابات على أنها ظواهر طبيعية ، وحاولوا أن يجمعوا العوامل والأسباب التي تؤدي إلى هذا الشذوذ العقلي . وبدأ شاركوا في معالجة الهستيريين (الأشخاص الذين يعانون من شكاوى جسمية خطيرة دون وجود أية أعراض مرضية عضوية يمكن ملاحظتها) عن طريق التنويم .

وفي الولايات المتحدة اهتم ليتنر ويتمر Lightner Witmer الذي أنشأ أول عيادة سيكولوجية عام ١٨٩٦ في جامعة بنسلفانيا ، بالأطفال المعوقين والمضطربين انفعاليا .

وفي نفس الوقت قدم وليم جيمس Wiliam James السيكولوجي الفيلسوف إسهاماته الباقية في ميداني الشخصية السوية وعلم النفس المرضى .

أما المجال العام الآخر الذي غذّى علم النفس الإكلينيكي فقد كان دراسة الفروق الفردية . والشخصية الأولى العظيمة في هذا الميدان كان إنجليزيا يدعى فرانسيس جالتون Francis Galton العالم الذي شملت اهتماماته عدة فروع ، ففي الثمانينات من القرن التاسع عشر كانت دراساته عن الفروق الفردية ، وخاصة عن الرجال العظام ، قد وضعت أسس ميدان جديد من ميادين الدراسة أصبح منذ ذلك الوقت من أهم

مظاهر علم النفس الأمريكي ، وفي عام ١٨٩٠- بعد جالتون بقليل - اهتم جيمس ماكين كاتل James Mckeen Gattell بالفروق الفردية ، ونشر مقالة هامة بعنوان "الاختبارات والمقاييس العقلية" . ونتيجة لما قام به سيكولوجيون آخرون من بعده ، أصبح وضع الاختبارات النفسية وتطويرها مظهرا هاما من مظاهر علم النفس الأمريكي .

ومع ذلك ، لم يقتصر وضع الاختبارات على أمريكا .

فقد نشر ألفرد بينيه Alfred Binet بالاشتراك مع تيوفل سيمون Theophile Simon عام ١٩٠٥ ، اختبارا شاملا لقياس القدرة العقلية لأطفال المدارس . وقد صمم الاختبار بناء على طلب من السلطات التعليمية في فرنسا ليشخص الأطفال المتأخرين عقليا بدرجة لا يستطيعون معها الإفادة من التعليم الذي يتلقونه في المدارس العادية . وقد حدد وضع هذا الاختبار بدء استخدام الوسائل النفسية الموضوعة في تشخيص الشذوذ العقلي . وهذا المقياس الذي عرف أصلا "بمقياس بينيه - سيمون" للذكاء حظي بالمراجعة عدة مرات ، ولا يزال الاختبار الأساسي المستخدم في هذه البلاد لتقويم ذكاء الأطفال . ويطلق عليه الآن "اختبار ستانفورد بينيه" المعدل للذكاء .

نمو ميدان الطب النفسي :

ظل الناس حتى القرن السادس عشر يرون الجنون بوصفه عملا من أعمال الشياطين والسحرة ، وكانوا يضعون هؤلاء المرضى في السجون مع القتلة والمجرمين في ظل ظروف إنسانية سيئة . ثم ظهر - بالتدريج - بوادر أمل ضعيف عندما أنشئت بعض المستشفيات التي لم تكن سوى مؤسسات للإيواء يعامل فيها هؤلاء النزلاء بالضرب والجلد لطرد الأرواح الشريرة من أجسادهم - ومع نهاية القرن الثامن عشر ، ظهر في فرنسا طبيب ذو نزعة إنسانية إصلاحية يدعى فيليب بينل Pinel والذي سمي فيما بعد "أبو الطب النفسي" ، كما ظهر في الوقت ذاته بنيامين روش B . Rush في الولايات المتحدة الأمريكية حيث حاول كلاهما أن يربط بين الطب والمرض النفسي وساعدهما في ذلك الوقت تعاظم الحركة الإنسانية في الإصلاح الاجتماعي .

فبعد الثورة الفرنسية بوقت قصير عهد لبينل بالإشراف على مؤسسة كبرى للمجانين في باريس .

وقد أتاح ذلك لبينل الفرصة لكي يقوم بفك القيود الحديدية عن النزلاء ، وأنشأ مؤسسات أخرى مماثلة مع تحسين الظروف المعيشية في هذه المؤسسات .

ومع أن بينل كان مصلحا اجتماعيا ذو نزعة إنسانية فإنه كان في ذات الوقت عالما يحاول أن يدرس ويصنف ويتقصى . ومن هنا قام بعمل ملفات منظمة للنزلاء جمع فيها تواريخ حياتهم محاولا تصنيف الأمراض العقلية فوضع أول تصنيف للأمراض إلى فئتين :

الأمراض العقلية العضوية حيث يكون المرض العقلي ناجما عن مضاعفات الزهري وإدمان الكحول مما أحدث تلفا واضحا في أنسجة الجهاز العصبي (أي أن الجنون ناجم عن إصابة في العضو) .

ثم الأمراض العقلية الوظيفية حيث يكون الجهاز العصبي سليما (لكن الجنون ناجما عن خلل في أداء العضو لوظيفته) .

وربما كان هذا التصنيف أول تصنيف عرفه الطب النفسي .

وفي الولايات المتحدة الأمريكية بدأ الطب النفسي على يد بنيامين روش بعد حرب الثورة الأمريكية بوقت قصير حيث كان يعمل طبيبا ، ثم انضم لهيئة أطباء مستشفى بنسلفانيا في فيلادلفيا عام ١٧٨٣ . وقد كان روش ينظر كذلك للمرض العقلي نظرة إنسانية . فكان يكتب المقالات الصحفية ويخطب في المحافل العلمية حتى استطاع أن يكون رأيا عاما ساعده في إنشاء أول مؤسسة لإيواء هؤلاء المرضى عام ١٧٩٦ . وقد أدت مجهوداته العلمية المنظمة إلى أن يصدر في النهاية كتابه "تساؤلات طبية في الأمراض العقلية" ، الذي يعد أول كتاب في الطب النفسي يصدر في الولايات المتحدة الأمريكية . إلا أن مستشفيات الأمراض العقلية لم تنتشر على نطاق واسع في أمريكا إلا خلال القرن التاسع عشر ، وفي عام ١٨٤٤ اجتمع الأطباء العاملون في هذه المستشفيات وأقاموا الهيئة المعروفة اليوم باسم الجمعية الأمريكية للطب النفسي A.P.A . وفي العام نفسه صدر العدد الأول من المجلة الأمريكية في الجنون (المعروفة اليوم باسم المجلة الأمريكية في الطب النفسي) .

ولكن على الرغم من الوعي المتزايد بمشكلات المرض النفسي إلا أنه لم تقم في ذلك الوقت مجهردات تذكر لبحث أسباب هذه الأمراض ، كما لم تقدم هذه المستشفيات خدمات إكلينيكية مباشرة ذات قيمة لنزلائها ، ومع نهاية القرن التاسع عشر (تقريبا في الوقت الذي بدأ فيه كاتل وفايتمر وبينيه في تطوير أدوات سيكولوجية لقياس الخصائص النفسية، حدث تحول جوهري في الطب النفسي على يد الطبيب الألماني إميل كريبلين الذي كان ينوم بأبحاث نيروفسيولوجية في معمل فونت . وذلك أنه قام بجمع منظم لتواريخ آلاف من الحالات ، مما مكنه في النهاية من وضع تصنيف وصفي للأمراض العقلية ينبني على الأعراض ، وعلى الرغم من أن عمل كريبلين كان وصفيا أكثر منه ديناميا ، إلا أنه - دون شك - ألقى الضوء على العلاقة بين مختلف أشكال هذه الاضطرابات ونجح في وضع نظام للتصنيف ظل دعامة أساسية لكل التصنيفات التي جاءت بعد ذلك .

لقد سعى كربلين إلى الوصف والتوضيح ولكن على حساب فهم الأسباب مثلا - ما هي الدوافع الأساسية للمريض؟ وما هي الحاجات المحركة لهذا السلوك المختل؟ ولماذا يظهر الاختلال على هذا النحو؟ وما هي أنجح الوسائل العلاجية التي تستطيع أن تغير من هذا السلوك؟ كل هذه الأسئلة - والتي تعد أساسية في فهم ديناميات السلوك المرضى - ظلت بلا إجابة في منهج كربلين القائم على الوصف فقط ، إلى أن ظهر طبيبان فرنسيان معاصران لبينيه هما جين شاركو Charcot وبيير جانيه Janet . P حيث سارا في هذا الاتجاه الدينامي في دراساتهما للهستيريا . فقد طرحا جانبا الفكرة التي كانت سائدة في ذلك الوقت والتي تقول بأن الهستيريا (والاضطرابات النفسية الأخرى) راجعة تماما إلى تلف عضوي في الجهاز العصبي ، ووضعا احتمالا بأن المرض النفسي عامة ممكن أن يكون راجعا إلى أساس نفسي (ولو جزئيا على الأقل) ومن ثم لا بد أن يكون هناك علاج نفسي بدلا من العلاج العضوي . ومن هنا وضع جانييه بالاشتراك مع فرويد نظرية مبدئية تقول أن الهستيري يعاني أساسا من ضعف نفسي في الجهاز العصبي يرجع إلى إجهاد أو صدمة نفسية أدت إلى انعدام التكامل ، وبالتالي فنحن في حاجة إلى تحليل نفسي يعيد للمريض هذا التكامل المفقود . وقد ظهر في ذلك الوقت عالم الأعصاب النمساوي سيجموند فرويد Freud . S الذي وجه الانتباه إلى

يسمى باللاشعور عند المرضى وتأثير الصراعات الداخلية على ظهور الأعراض عند الهستيريين . وكانت معظم أعمال فرويد تنصب على العصابيين واستطاع من خلال خبرته الإكلينيكية المتنامية أن يضع نظريته في التحليل النفسي ، كما ابتكر كذلك بعض الأساليب العلاجية التي تساعد المرضى على حل صراعاتهم اللاشعورية والكامنة في أعماق بنائهم النفسي منذ مراحل الطفولة المبكرة .

وفي عام ١٨٩٦ (وهو العام الذي يعتبر بدء ظهور علم النفس الإكلينيكي) كتب فرويد بحثه المشهور عن أسباب الهستيريا ، وأرجع هذا الاضطراب إلى ما سماه بالذكريات المكبوتة منذ سنوات الطفولة الأولى . ويعتبر فرويد أول من استطاع أن يحول الطب النفسي من مجرد علم وصفي إلى فرع من الطب يسعى للكشف عن أسباب المعاناة الإنسانية . كما استطاع أن يقدم – من خلال أسلوبه العلاجي التحليلي – أول منهج علاجي فعال في الكشف عن أسباب هذه المعاناة . ولا شك أن مجهودات فرويد في الكشف عن هذه الآفاق المجهولة من النفس البشرية وتأكيده على فردية المريض وإصراره على ضرورة الوصول إلى الخبرات الطفلية الأولى لكي نفهم مدلولات الأعراض الحالية بالإضافة إلى إسهاماته في تطوير نظرية الشخصية ، كلها علامات بارزة في تطوير تاريخ علم النفس الإكلينيكي .

١- نمو الاتجاه الإنساني :

ذكرنا أن نزلاء المارستانات في القرن الثامن عشر كانوا يعاملون معاملة وحشية ويعيشون في ظل ظروف سيئة للغاية إذ كانوا يقيدون بالسلاسل الحديدية ويجلدون ويحبسون في غرف مظلمة ويتعرضون للجوع أحيانا ويقدم لهم الطعام العفن أحيانا أخرى ، وفي أحسن الظروف كان الطبيب يزور المارستان مرة كل عام ليصف الدواء الذي لم يكن يزيد عن تنظيف المكان .

وفي كثير من المؤسسات كانت زيارة الطبيب تتم كل عشر سنوات مرة ليصف الدواء للسنوات العشر المقبلة . ثم ظهرت بوادر الأمل مع نمو الحركات الإنسانية . كان ذلك عصر فولتير وروسو ، عصر المد الديمقراطي الذي كان يرفع شعار الحرية والإخاء والمساواة ويسعى إلى دعم كرامة الإنسان . في هذا العصر ظهرت حركات الإصلاح التي

كانت تنادي بوقف امتهان الكرامة الإنسانية في السجون وتحسين معاملة أسرى الحروب ، ومساعدة الفقراء للحصول على ضرورات الحياة الأساسية .

ولقد كان بينل جزءا من هذه الحركة وإفرازا طبيعيا لها .

ومن هنا جاء نداءه بأن المجانين مرضى وفي حاجة إلى علاج وليسوا مجرمين في حاجة إلى عقاب ، ووجد هذا النداء آذانا صاغية .

ـ مجالات العمل الرئيسية لعلماء النفس الإكلينيكيين :

يركز علماء النفس الإكلينيكيين عملهم في قياس الذكاء والقدرات العقلية العامة ، إضافة إلى قياس الشخصية والتشخيص ، كما يولون العلاج النفسي بأساليبه وطرقه المختلفة اهتماما كبيرا يعد موضوع قياس الذكاء والقدرات العقلية العامة الأهم في هذا المجال من علم النفس ، حيث يجري علماؤه أبحاثهم حول طبيعة الذكاء ، وطرق قياسه ، كما يبحثون في الضعف العقلي وأسبابه . ويعد اهتمام علماء النفس الإكلينيكيين بقياس الذكاء في عمليات التشخيص بغرض تحديد أسباب التأخر الدراسي والتحصيلي ، وتشخيص حالات الضعف العقلي حتى يمكن مساعدة هؤلاء الأطفال بإعطائهم العناية التربوية اللازمة ، أو توجيههم إلى أنواع التدريب الملائمة .

وجدير بالذكر أن الممارسة العملية في علم النفس الإكلينيكي تتطلب إصدار تصريح بذلك في كل من الولايات المتحدة الأمريكية وكندا والمملكة المتحدة والعديد من الدول الأخرى . وعلى الرغم من أن كل ولاية من الولايات الأمريكية تختلف إلى حد ما عن غيرها من حيث شروط الممارسة العملية وبنود التصريح بها ، فهناك ثلاثة عناصر مشتركة نوردها فيما يلي :

١- التخرج من كلية معتمدة بتقدير مناسب .

٢- إتمام فترة الخبرة الإكلينيكية التي تم الإشراف عليها أو التدريب الميداني الإكلينيكي .

٣- اجتياز امتحان تحريري ، وفي بعض الولايات هناك أيضًا امتحان شفوي .

في المملكة المتحدة ، يعد تسجيل الأخصائي النفسي الإكلينيكي في مجلس المهن الصحية (HPC) أمرًا ضروريًا . ذلك ، حيث إن مجلس المهن الصحية يمثل الهيئة الشرعية التي تتولى مسئولية الرقابة على الأخصائيين النفسيين الممارسين في المملكة المتحدة . هذا بالإضافة إلى أنه تم بموجب القانون البريطاني تحديد الألقاب التالية ؛ ومنها الأخصائي النفسي المسجَّل والأخصائي النفسي الممارس ، وهكذا كان الحال مع الأخصائي النفسي الإكلينيكي .

ووفقًا لما نشرته جمعية الطب النفسي الأمريكية ، فإن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية حدد اللغة المشتركة والمعايير النمطية الخاصة بتصنيف الاضطرابات النفسية .

يعد التقييم النفسي مجالاً مهمًا يمد العديد من الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين بمزيد من الخبرة والمعرفة ، كما أن هناك العديد من الدلائل التي تشير إلى وجود ما يزيد عن ٩١% من الأخصائيين النفسيين الذين يشتغلون في مجال الممارسة الإكلينيكية . وعادةً ما يتم إجراء هذا التقييم النفسي بهدف المساعدة في تشكيل افتراضات حول الاضطرابات النفسية أو المشكلات السلوكية . وعلى هذا النحو ، عادةً ما تستخدم نتائج هذه التقييمات من أجل التوصل لآراء وأفكار عامة عن الحالة (وليس بهدف التشخيص) وذلك للمساعدة في تكوين خطة العلاج . وهناك أساليب أخرى تشمل الاختبارات الرسمية والمقابلات ومراجعة النتائج السابقة وتقييمها والملاحظة الإكلينيكية والفحص الإكلينيكي .

هذا ويوجد مئات من أساليب التقييم المختلفة على الرغم من أن هناك عددًا قليلاً فحسب من الاختبارات النفسية التي قد ثبت أنها تتضمن قدرًا عاليًا من الصدق (أي أن الاختبار يقيس فعلاً ما يفترض أن يقيسه) .

والثبات (اتساق معايير القياس نفسها) .

وبصفة عامة تندرج هذه المقاييس ضمن أحد التصنيفات المختلفة التالية :

ـ اختبارات الذكاء واختبارات التحصيل الدراسي - تقيس هذه الاختبارات مستويات محددة من الأداء المعرفي والإدراكي للفرد .

(وغالبًا ما يُطلق عليها اختبار الذكاء IQ) وذلك مقارنةً بمستويات أداء المجموعة المعيارية . وتساعد هذه الاختبارات ، مثل اختبار وكسلر لقياس ذكاء الأطفال WISC-IV (الطبعة الرابعة) في قياس سمات وخصائص الفرد مثل المعرفة العامة والمهارات اللفظية والذاكرة ودرجة الانتباه والتفكير المنطقي والإدراك المكاني والبصري . استطاعت العديد من الاختبارات التنبؤ بأدق مستويات الأداء بصورة محددة ، وخاصةً على المستوى الدراسي .

- اختبارات الشخصية : تهدف اختبارات الشخصية إلى وصف أنماط السلوك والأفكار والمشاعر المميزة للفرد . وتندرج هذه الاختبارات عمومًا ضمن فئتين: هما الاختبارات الموضوعية والاختبارات الإسقاطية لقياس وتقييم الشخصية . وتعتمد الاختبارات الموضوعية ، مثل اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه لقياس الشخصية (اختبار MMPI متعدد الأوجه) ، على إجابات محددة - مثل الإجابة بنعم/لا أو أسلوب صح/خطأ أو استخدام مقياس لتقدير الدرجات - والذي يسمح بحساب الدرجات التي يمكن مقارنتها بدرجات المجموعة المعيارية . أما الاختبارات الإسقاطية ، مثل اختبار رورشاخ - أو ما يعرف باسم اختبار نقاط الحِبْر ، فتسمح للفرد بإجابات مفتوحة وغالبًا ما تعتمد على المثيرات الغامضة مما يتيح له الكشف عن نفسه وعن حالته النفسية وعملياته اللاشعورية .
- الاختبارات النفسية العصبية : تتكون الاختبارات النفسية العصبية من مهام صُممت خصيصًا لقياس الوظائف النفسية التي يُعرف أنها ترتبط بمسار معين أو ببنية معينة في الدماغ . ذلك ، حيث يتم استخدام هذه الاختبارات في تقييم القصور أو العجز الناتج عن إصابة أو مرض والمعروف بتأثيره على الوظائف المعرفية والعصبية ، أو عندما يتم استخدامها في البحث ، لمقارنة القدرات النفسية والعصبية داخل المجموعات التجريبية .
- الملاحظة الإكلينيكية : يتم تدريب الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين أيضًا على جمع البيانات اللازمة من خلال مراقبة سلوك الفرد وملاحظته . تعد المقابلة الإكلينيكية جزءًا حيويًا من التقييم النفسي ، حتى عند استخدام أدوات تقييم أخرى رسمية ، والتي يمكن إجراؤها بصورة منظمة أو غير منظمة . وتجدر الإشارة إلى أن مثل هذا التقييم يتناول جوانب معينة من شخصية الفرد ، مثل المظهر العام والسلوك والحالة المزاجية والشعور والإدراك والفهم والوعي والتوجه الذاتي والاستبصار والذاكرة ومضمون التواصل مع الآخرين . ومن أمثلة التقييم النفسي في المقابلات الرسمية اختبار الحالة العقلية الذي غالبًا ما يستخدم في الطب النفسي كأداة فحص للمساعدة في العلاج أو إجراء مزيد من الاختبارات .

- مناهج التشخيص :

يصعب شرح المناهج التي يتبعها علماء النفس الإكلينيكيون في قياس الشخصية والتشخيص ، ويمهد لذلك بشرح أربع نظريات للشخصية . النظرية الأولى هي النظرية التي تعتبر أن للمرض النفسي وجودا قائما بذاته ، ويدخل تحت هذه النظرية تصنيف إميل كرايبلين للأمراض النفسية والعقلية . والنظرية الثانية هي نظرية الملكات والأنماط والسمات . وهي رغم وضعها في باب واحد مختلفة عن بعضها فنظرية الملكات تتناقض في بعض نواحيها مع نظرية الأنماط للويس روستان وكريتشمر وشلدون ويونج ، أيضا نظرية السمات لجوردون ألبورت وريمون كاتل ، نجد أن هنالك فرق بينها وبين كل من نظريتي الملكات والأنماط . قد تعرضت جميع هذه النظريات للنقد من قبل الباحثين في هذا المجال ، وبينت أوجه القصور فيها . والنظرية الثالثة هي نظرية التحليل النفسي ، والأبرز في هذا نظرية فرويد في الحتمية النفسية والدوافع اللاشعورية ، ورأيه في الاضطرابات النفسية والعقلية باعتبارها سلوكا مدفوعا أو موجها نحو أهداف معينة . وأيضا وجه النقد إلى نظرية فرويد .

والنظرية الرابعة هي نظرية التعلم الاجتماعي لجوليان روتر وزملائه ، وهي تؤكد أن الفرد يتعلم عن طريق الخبرات السابقة بعض الإشباعات التي تكون أكثر احتمالا من غيرها في بعض المواقف . فالسلوك غير السوي ، تبعا لهذه النظرية ، ليس مرضا بل هو محاولة ذات معنى لتجنب عقوبات معينة ، أو للحصول على إشباعات على مستوى غير واقعي .

وإضافة إلى دراسة هذه النظريات المختلفة في الشخصية والبحث فيها ومحاولة إضافة الجديد لها ، يدرس العلماء الإكلينيكيون أساليب تقويم الشخصية . فيبحثون في المقابلة بأنواعها المختلفة: المقابلة الحرة ، والمقابلة الموجهة ، والمقابلة المحددة أو المقننة . ثم الاستخبار ، والأساليب الإسقاطية بأنواعها المختلفة: اختبار تداعي المعاني ، واختبار رورشاخ ، واختبار تفهم الموضوع ، وطريقة الجمل الناقصة ، وطريقة الملاحظة واختبارات السلوك .

وهناك مميزات عديدة لكل طريقة من طرق تقويم الشخصية إضافة إلى نواحي من القصور فيها ، حيث تكمن المشكلة في أن تفسير المعلومات التي يحصل عليها عالم النفس

الإكلينيكي من هذه الأساليب المختلفة أمر في غاية الصعوبة ، ولا يزال التفسير يعتمد في جزء كبير منه على مهارة عالم النفس الإكلينيكي وخبرته .

ولذلك فإن نتائج هذه الاختبارات تساعد على التنبؤ عن سلوك الفرد في المستقبل على أساس احتمالي فقط .

وإن التنبوءات التي يصل إليها عالم النفس الإكلينيكي من اختبارات الشخصية يمكن الاعتماد عليها بدرجة أقل من الاعتماد على التنبوءات التي يتوصل إليها من نتائج اختبارات الذكاء والقدرات العامة . ولا زال علماء النفس الإكلينيكيون في حاجة ماسة إلى تحسين نظرياتهم في الشخصية ، وتحسين مناهجهم في التشخيص حتى يمكن الوصول إلى فهم أدق للسلوك الإنساني ، وإلى تنبوءات أدق للسلوك في المستقبل .

علم النفس الإكلينيكي في بعض بلدان العالم :

يختلف النظر إلى دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في بلاد العالم عنه في الولايات المتحدة الأمريكية بدرجات متفاوتة . وسوف نكتفي في هذا المجال بنماذج محدودة من بعض البلدان مستعينين في ذلك بالدراسة التي قام بها هنري دافيد عام ١٩٦٣ ، والتي شملت ٥٧ بلدا .

ومن المؤكد أن ثمة تغييرات قد وقعت منذ هذا التاريخ ، وبخاصة في برامج التدريب والإعداد ، إلا إننا نرجح أنها لا تمس جوهر الملامح التي يعرضها دافيد .

بريطانيا :

سوف نعرض بعد قليل لأعمال جالتون وتلامذته في مجال دراسة الفروق الفردية وفي حركة القياس السيكولوجي . وقد شجع مكدوجال تلامذته على دراسة الطفل ، وكان التقليد البريطاني يهتم بالحاجة إلى الجمع بين الاتجاهين النظري والتطبيقي . إلا أن استخدام مصطلح "علم النفس الإكلينيكي" لم ينتشر إلا حديثا ، وقد عمل الإكلينيكيون منذ سنين عديدة تحت أسماء أخرى ، فمثلا ، إذا اتصل عملهم بالأطفال ، أطلق عليهم لقب "سيكولوجي تربوي" .

وفي عام ١٩١٣ عين سيريل بيرت أخصائيا نفسيا في مجلس محلي لندن ، فكان أول سيكولوجي إكلينيكي يمارس هذه المهنة في بريطانيا ، ويجمع بين الاتجاهات الطبية والسيكولوجية والاجتماعية والتربوية . وفي عام ١٩٢٠ أسس كريشتون ميللر معهد

علم النفس الطبي الذي عرف بعد ذلك بعيادة تافستوك ، وهي مركز هام من مراكز الطب النفسي وقد ساهم صندوق الكومنولث في رعاية حركة توجيه الطفل في بريطانيا كما فعل في أمريكا وتأسست عيادة لندن لتوجيه الطفل بوصفها عيادة نموذجية ، وذلك عام ١٩٢٨ تحت إدارة وليام مودي وكان يعمل فيها أخصائيون نفسيون تلقوا تدريبهم بأمريكا ، وقد اهتموا بمشاكل الأطفال وأصبحوا يعرفون بالسيكولوجيين التربويين . وقد ساعد ظهور المشكلات الناشئة عن ترحيل الأطفال أثناء الحرب في توضيح الحاجة إلى خدمات توجيه الطفل . وقد شجع قانون التعليم الذي صدر عام ١٩٤٤ السلطات المحلية على إنشاء خدمات لتوجيه الطفل والاستعانة بالسيكولوجيين التربويين .

وقد أطلق لقب "أخصائي نفسي إكلينيكي" على السيكولوجي المشتغل في ميدان الصحة العقلية للراشدين . وقد كان للحرب تأثير كبير في تطوير علم النفس الإكلينيكي مهنيا وعلميا ، وقد وضح أن الأخصائي النفسي والطبيب النفسي يمكنهما العمل معا بصورة تزيد في كفاءة كل منهما لفائدة المرضى . وفي عام ١٩٤٧ بدأ معهد مستشفى مودسلي للطب النفسي أول برنامج تدريبي . ومنذ صدور قانون الصحة عام ١٩٤٨ ، ازدادت الحاجة إلى الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين في مستشفيات الأمراض العقلية والعيادات النفسية الخارجية ومراكز التأهيل والفروع الأخرى من الخدمة الطبية . وقد شارك السيكولوجيون والأطباء النفسيون بأعداد متساوية في إنشاء الجمعية البريطانية لعلم نفس الطفل والطب النفسي للأطفال عام ١٩٥٧ . ورغم أن الخدمات الصحية القومية لا تعين معالجين نفسيين من غير المهن الطبية ، إلا أن السيكولوجيين يشتغلون بالتشخيص والعلاج والتدريب والبحوث في مجالات متعددة سواء في عيادات خاصة أو في المؤسسات الطبية والتعليمية وفي الصناعة والخدمة المدنية وفي القوات المسلحة والمستشفيات العامة وفي العلاج النفسي للأطفال . وتتراوح الاتجاهات بين طرفي العمل "الحدس" والعمل "الموضوعي" كما تختلف الولاءات النظرية للمشتغلين بالعلم ، إلا أنه يمكن القول عامة أن السيكولوجي يحرص في الأغلب على القيام بدوره في الدراسة الموضوعية ، سواء عن طريق القياس أو الملاحظة ، وهو يتبادل المعرفة والخبرة مع الطبيب النفسي الذي يهمه العلاج في الموضع الأول .

فرنسا :

وتاريخها في القياس والسيكوباثولوجيا والتحليل النفسي حافل تبرز فيه أسماء بينيه وبينيل وشاركو . وقد ارتبط علم النفس في فرنسا ارتباطا وثيقا بالفلسفة من ناحية ، ومن ناحية أخرى عارض الأطباء النفسيون في اشتغال الأفراد من غير المهن الطبية بالعلاج النفسي ، وهم يرون أن دور الأخصائي النفسي يجب أن يقتصر على تطبيق وتفسير الاختبارات النفسية ، ولكن ذلك لم يحل دون اشتغال بعض الأخصائيين النفسيين بالعمل العلاجي في العيادات الخاصة ومع الأطفال والأحداث الجانحين ، وبخاصة من يتلقى من هؤلاء الأخصائيين تدريبا معترفا به في التحليل النفسي .

علم النفس الإكلينيكي في العالم العربي :

أنشئت أول عيادة نفسية في مصر عام ١٩٣٤ ، وكانت تتبع معهد التربية للمعلمين (والذي أصبح فيما بعد كلية التربية التابعة لجامعة عين شمس) ، وظلت الخدمات التي تقدمها هذه العيادة محدودة حيث كانت أدوات القياس النفسي آنذاك قليلة وتفتقر إلى التقنين بالعربية ، ومن ثم - فلم يكن هناك عمليات تشخيص نفسي دقيقة ومتطورة على النحو الموجود الآن . إلا أنه لم يحدث تطور حقيقي في الدراسات النفسية الإكلينيكية إلا بعد أن أنشئ قسم الدراسات النفسية والاجتماعية بجامعة إبراهيم باشا الكبير (جامعة عين شمس حاليا) عام ١٩٢٥ ، وقد كانت الدراسات مشتركة بين قسمي علم النفس والاجتماع في السنة الأولى والثانية ثم يتفرع القسم إلى شعبتين في السنتين الثالثة والرابعة ، أحدهما في علم النفس والأخرى في الاجتماع ، ثم انفصل القسمان من السنة الأولى عام ١٩٧٢ ، وكان الطلاب يدرسون في شعبة علم النفس مادة علم النفس الإكلينيكي التي تدور موضوعاتها عادة حول وسائل التشخيص النفسي وأساليب العلاج المختلفة ، وبالإضافة إلى ذلك كانوا يدرسون بعض المقررات الأخرى الوثيقة الصلة بمقرر علم النفس الإكلينيكي مثل علم النفس المرضى والتحليل النفسي والقياس النفسي . ، بالإضافة إلى تدريبات عملية في مستشفيات الأمراض العقلية ومؤسسات ضعاف العقول والمعوقين ، وكان التوجه الأساسي لهذا القسم يميل كثيرا نحو مدرسة التحليل النفسي حيث كان مؤسسه في البداية هو الأستاذ الدكتور/ مصطفى زيور الذي ترك بصماته بوصفه محللا نفسيا على معظم المقررات التي تدرس بالقسم . الأمر

الذي شكل لدى الرعيل الأول من خريجي هذا القسم اتجاهات إكلينيكية ذات طابع تحليلي . كما استمرت معظم رسائل الماجستير والدكتوراه تسير في هذا المنحى حتى وقتنا الحالي .

وفي عام ١٩٥٩ بدأ العمل في دبلوم علم النفس التطبيقي بكلية الآداب بجامعة القاهرة ثم انفصل قسم علم النفس وأصبح قسما مستقلا عن قسم الفلسفة عام ١٩٧٢ . ويدرس طلاب هذا القسم أيضا مقررا في علم النفس الإكلينيكي بالإضافة إلى مجموعة أخرى من المقررات المرتبطة به .

علم النفس الإكلينيكي في جمهورية مصر العربية :

لم يكتب بعد تاريخ علم النفس في مصر بعامة وعلم النفس الإكلينيكي بخاصة ، وربما كان ذلك راجعا إلى أن تاريخ علم النفس كما نعرفه اليوم حديث نسبيا ، رغم أن الأصول الحضارية والثقافية للمعارف النفسية ضاربة الجذور في تاريخنا البعيد والقريب ، ويمكن القول بأن البدايات الأولى لعلم النفس الحديث في مصر نشأت مع قيام مدارس المعلمين ومعاهد وكليات التربية من جانب ، وأقسام الفلسفة والاجتماع في كليات الآداب من جانب آخر ، وربما كانت العيادة النفسية التي أنشئت عام ١٩٣٤ في معهد التربية للمعلمين (كلية التربية بجامعة عين شمس حاليا) أول عيادة تنشأ في مصر بهذا الاسم ، وكانت المواد النفسية المرتبطة بعلم النفس الإكلينيكي تدرس تحت عناوين مختلفة مثل الصحة النفسية والقياس السيكولوجي ، وعلم النفس المرضى ..... إلخ .

وربما كان أول منهج يدرس في مصر تحت عنوان "علم النفس الإكلينيكي" هو ذلك الذي بدأ تقديمه في عام ١٩٥٤ في قسم الدراسات النفسية والاجتماعية بكلية الآداب بجامعة عين شمس لطلبة الليسانس ثم لطلاب الدبلومات المتخصصة في الخدمة النفسية ، وذلك بعد دراستهم النظرية والعلمية للقياس السيكولجي في الفرقة الثالثة ، ويصاحب هذه الدراسة تدريب عملي في مستشفيات الأمراض العقلية والعيادات النفسية بما فيها العيادة النفسية الملحقة بالكلية ، وفي مختلف مؤسسات الخدمة النفسية ، وتجمع الدراسة في هذا القسم بين اتجاهين قويين في علم النفس الإكلينيكي هما :

١- الاتجاه التجريبي - السيكومتري .
٢- الاتجاه الدينامي .

وقد انفصل هذا القسم حديثا إلى قسمين مستقلين أحدهما لعلم النفس والآخر لعلم الاجتماع .

وفي عام ١٩٥٨ ، أنشئ في قسم الفلسفة بكلية الآداب بجامعة القاهرة دبلوم علم النفس التطبيقي ، والتحق به أول فوج في العام الدراسي ١٩٥٩/٦٠ ، وفي عام ١٩٦٣تغير اسم القسم إلى قسم الدراسات الفلسفية والنفسية ثم أنشئت عام ١٩٦٦ شعبة علم النفس وتخرج أول فوج فيها عام ١٩٧٢ ثم تحولت الشعبة إلى قسم لعلم النفس في العام الدراسي ١٩٧٣/٧٤ ، ويدرس القياس السيكولوجي وعلم النفس الإكلينيكي لطلبة الليسانس والدبلوم ، وتتسم الدراسة في كل منهما بالاتجاه التجريبي الموضوعي ، وهناك أقسام لعلم النفس أو مجالات لمتابعة الدراسات النفسية التطبيقية في كلية البنات بجامعة عين شمس ، وفي كليات الآداب بالجامعات وتلحق بالبعض منها عيادات نفسية ، كما أنشئت في كليات التربية دبلومات تطبيقية متخصصة في الصحة النفسية والقياس السيكولوجي والإرشاد النفسي . . .الخ .

ومن الناحية الأخرى ، تطورت الدراسة في أقسام الطب النفسي والعقلي بكليات الطب ، فأدخلت فيها الدراسات النفسية ولو على نطاق محدود ، ومما يدعو إلى الارتياح ، أن هذه الأقسام تتبادل خبرات أساتذتها مع أقسام علم النفس عن طريق التدريس والإشراف على البحوث والتدريبات العملية ، وقد تزايد اهتمام أطباء النفس بدراسة إمكانية استخدام الأدوات السيكولوجية في العمل الإكلينيكي . كما أن كل العيادات النفسية الجامعية تضم بين العاملين فيها أطباء وأخصائيين اجتماعيين .

وقد كان لإنشاء المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية دور هام في تطوير الخدمة النفسية في مصر . فقد استعانت وحداته المختلفة وبخاصة وحدة البحوث النفسية والتربوية منذ بداية إنشاء المركز بعدد من المشتغلين بفروع علم النفس التطبيقي لتدريب الأخصائيين النفسيين بها ، وللعمل في إعداد بعض الأدوات النفسية والمعملية للاستخدام في البحوث الاجتماعية والجنائية في المجتمع المحلي ، وهي البحوث التي يسهم عدد غير قليل منهم في الإشراف عليها ، وقد نظم المركز في مايو١٩٧١ المؤتمر

الأول لعلم النفس بالتعاون مع الجمعيات العلمية النفسية ، وقد برز في هذا المؤتمر الدور الكبير والهام الذي يمكن أن يسهم به علم النفس بوصفه علما وتكنولوجيا ومهنة في قضايا الإنتاج والتربية والتنمية الاجتماعية - الاقتصادية ؟

ويعمل الأخصائيون النفسيون الآن في مستشفيات الأمراض العقلية وفي العيادات النفسية الملحقة بالمستشفيات العامة وبوحدات الصحة المدرسية ، ورغم أن جهود الأخصائي النفسي في هذه المجالات كانت محصورة في البداية في تطبيق الاختبارات النفسية ، إلا أنه تم حديثا توصيف وظائفهم ووضع سلم وظيفي يسانده برنامج تدريبي وبعثات داخلية ، ومن المتوقع أن يتسع تبعا لذلك نطاق العمل النفسي الإكلينيكي ، ويعمل عدد محدود من الأخصائيين النفسيين في مستشفيات الأمراض العقلية الخاصة ، كما أن عددا آخر يعمل كل الوقت أو بعضه في عيادات خاصة في إطار قانون تنظيم العلاج النفسي الذي سوف نعرض مواده في فقرة تالية .

ويعمل عدد من الأخصائيين النفسيين في القوات المسلحة في مختلف المناشط : في اختبار الأفراد العسكريين وتوزيعهم وتدريبهم وفي إدارات المخابرات والتوجيه المعنوي وفي المستشفيات العسكرية ، وتستعين مختلف وزارات الدولة بالأخصائيين النفسيين في عدد كبير متنوع من المناشط : الكفاية الإنتاجية والتدريب المهني والمصانع ومكاتب العمل ، ومكاتب التوجيه والإرشاد الأسري والتأهيل المهني للمعوقين ومؤسسات التثقيف الفكري ورعاية الأحداث الجانحين والسجون وغيرها من مؤسسات الدفاع الاجتماعي ورعاية المسنين .

وقد تدعمت خدمات الأخصائي النفسي التطبيقي في مصر بفضل جهود عدد من أساتذة علم النفس عملوا في صمت وتحت ظروف قاسية ودون عون خارجي ، على إعداد الأدوات الرئيسية العالمية في القياس السيكولوجي للاستخدام في المجتمع المحلي ، وسوف نناقش هذه الأدوات في الفصول التالية ، ولقد حان الوقت لكي تتولى الدولة مسئوليات إعداد هذه الاختبارات بحيث تتوفر لها مقومات المقاييس الجيدة والضمانات الضرورية التي تكفل عدم إساءة استخدامها .

وأخيرا وليس آخراً ، فقد كان للجمعيات العلمية والمهنية في مصر فضل كبير في دعم وتطوير علم النفس بوصفه علما وتكنولوجيا ومهنة ، ومن هذه الجمعيات :

الجمعية المصرية للدراسات النفسية وهى تصدر" الكتاب السنوي" ، والجمعية المصرية للصحة العقلية وهى تضم بعض من الأطباء وأساتذة علم النفس ، ورابطة المعالجين النفسيين من غير الأطباء ، وكان لجهودها الفضل الكبير في دعم قانون تنظيم العلاج النفسي وتأكيد دور الأخصائي النفسي في هذا المجال ، ونحن ننتظر المزيد من هذه الجمعيات ونأمل أن تفلح المهنة النفسية في مصر إلى أن يكون لها أكثر من مجلة علمية ومهنية تصدر بانتظام وتعمل على نشر رسالة علم النفس والمهنة النفسية في الوطن العربي الكبير .

فالباحث الإكلينيكي يسعى لكي يجيب من خلال دراساته عن كثير من الأسئلة التي تدور حول هذه الأشكال المختلفة من السلوك ، مثلا - ما هي العوامل التي تجعل الأفراد ينهارون نفسيا عند مواجهة إحباطات بسيطة بينما نرى آخرون يواجهون أعنف أشكال الإحباط ثم يواصلون حياتهم بدرجة كبيرة من التماسك الداخلي والتوافق النفسي؟ ما هي المؤثرات الخارجية والداخلية التي تجعل أحد المرضى وسواسيا بينما تجعل هذه المؤثرات ذاتها مريضا آخر هستيريا؟ كيف نستطيع قياس أشكال السلوك المختلفة المعرفية منها والدينامية وكيف يكون هذا القياس دقيقا؟ ما هو التأثير الحقيقي للعلاج النفسي وما هي أنجح الوسائل العلاجية المؤثرة؟ كيف نقيس التفاعلات الاجتماعية بين أعضاء الأسرة الواحدة وما هي أصدق الطرق العلمية التي تمكننا من اكتشاف مواقع الخلل في هذه التفاعلات؟ هذه الأسئلة ومثلها كثير هي ما يحاول الباحث الإكلينيكي طرحها ثم المضي في دراساته الأكاديمية في محاولات للإجابة عنها والخروج من هذه الدراسات بحقائق إمبيريقية تمكنه في النهاية من القيام بعمليات التنظير العملية التي تصبح فيما بعد إطارا عاما للعلم .

أما الأخصائي المهني الإكلينيكي فله توجه مختلف ، إذ هو يسعى إلى وصف خبرات المريض وفهمها أولا ، مثلا ما الذي يجعل هذا المريض يشعر بالقلق الهائم الحاد من حين إلى آخر دون سبب واضح؟ وما الذي يجعل مريضا آخر مشغولا بصورة مفرطة بعد ضربات قلبه ظنا منه أن هذه الضربات سوف تقف فجأة حتى ينتهي به الأمر إلى ملازمة منزله والخوف من الخروج والذهاب إلى العمل حتى لا يفاجئه الموت في الطريق العام؟ ولماذا يجلس هذا المريض معظم أوقات النهار داخل الحمام يغتسل بلا توقف وإذ

خرج لبضع دقائق يعود مرة أخرى ليغتسل ، ولا يستطيع أن يلمس شيئا بيديه إلا إذا عقمه بالمطهرات؟ وكيف السبيل إلى تغير هذا السلوك المرضى والمعذب . لا شك أن الإكلينيكي المحترف يواجه دائما حالات مرضية محيرة وأشكالا من السلوك المختل غريبة ، ويستوجب منه هذا الأمر أن يحاول الفهم أولا ثم يسعى بعد ذلك إلى وضع إستراتيجية واضحة للعلاج ومن ثم رسم التكتيكات المناسبة التي توصله إلى هذه الاستراتيجية من أقصر الطرق ، ومن الطبيعي أن الأخصائي المحترف عندما يفعل ذلك يقوم بعمله هذا استنادا إلى إطار نظري معين ، فقد يكون هذا الإطار سلوكي أو سيكوديناميا وفينومينولوجى أو بنائي ، فمثلا - الأخصائي الإكلينيكي صاحب النظرة السلوكية سوف يهتم في المحل الأول بالسلوك الظاهر (مثل عدم الثقة بالنفس أو الانحراف الجنسي أو العلاقة بين الأب وابنه) ثم يوجه خططه العلاجية نحو تغيير هذه الأنماط السلوكية المختلة أو المنحرفة . أما الأخصائي صاحب النظرة السيكودينامية فسيكون جل اهتمامه التعرف على الدفعات المتعارضة داخل المريض وصراعاته الداخلية غير المحلولة والتي تعود في جذورها إلى ماضيه الطفلي ويسعى إلى فهم هذه الصراعات ومعاونة المريض في فهم ذاته وتحقيق الاستبصار . في حين نرى الإكلينيكي صاحب المنهج الفينومنولوجي يعتقد أن انتباهه يجب أن يكون موجها أساسا نحو عالم المريض وخبراته الذاتية (أفكاره ومشاعره ورغباته وتخيلاته ومزاجه وما إلى ذلك) ويحاول أن يرى هذا العالم بعيون مريضه .

أما الأخصائيون أصحاب المنهج البنائي أو منهج النظام كما يسمى أحيانا فهم لا يحصرون النظرة في المريض ذاته بل يتجاوزونه إلى النظر في علاقاته الشخصية المتبادلة (في أسرته ومدرسته وعمله) إذ يعتقدون أن الخلل يكمن في نظام هذه العلاقات لا في المريض ذاته ، وأن هذا المريض سوف يتغير عندما يتغير السياق الاجتماعي الذي يتواجد فيه والواقع أن هذا التعريف يتضمن خمسة مؤشرات أساسية :

١- أن من المهام الأساسية للأخصائي الإكلينيكي القياس والتقويم : إذ عليه قياس درجة الخلل في سلوك المريض ومدى رغبته في العلاج وإلى أي حد سوف يستفيد من هذا العلاج ، وما هي أنسب الوسائل العلاجية بالنسبة لهذا المريض الإنساني . شأنه في ذلك شأن الأخصائيين النفسيين في مجالات الحياة الأخرى .

٢- يقر هذا التعريف أن كل مريض هو نتاج تفاعل فريد بين عوامل ضاغطة داخلية (الشك في الذات أو أنواع القلق المختلفة أو التوترات الداخلية) وأخرى خارجية (الطلاق أو حياة زوجية تعيسة أو فشل في العمل أو تصدع أسري) وخبرات سابقة مؤلمة من فهم كل هذه المؤثرات إذا أراد أن يضع خطة علاجية فعالة ومؤثرة .

٣- حقيقة أن الأخصائي الإكلينيكي يهتم بمساعدة المريض ورفع الغمة عنه ، ولكنه يهتم كثيرا بالعمل مع الجماعات مثل الأسر وجماعات الرفاق . ذلك أن الخبرة الإكلينيكية تكشف لنا دوما أن الشخص المريض غالبا ما يكون عرض الأسرة أي أن الخلل كامن في طبيعة العلاقة الأسرية ، وما هذا المريض (الذي هو عضو في الأسرة) سوى نقطة الضعف في هذا النظام المختل ، والذي عن طريقه انفجر العرض ومن ثم فإن فهم الإكلينيكي للمشكلة لا يتأتى من دراسة هذا المريض وحده بل أن فهمه سيزداد عمقا وشمولا إن هو قام بدراسته في سياق هذا النظام الاجتماعي المضطرب .

٤- عندما يعمل إكلينيكي على مساعدة مريض ما فهو لا يهتم كثيرا بمشكلة يواجهها مريضه الآن بل هو يسعى كذلك لتنمية مهاراته الشخصية في حل المشكلات المستقبلية ، وهذا يتطلب من الأخصائي أن يضع في اعتباره الاختلافات الحضارية في نظم القيم والأساليب تنشئة الأطفال وانعكاس ذلك على أنماط العلاقات العائلية حتى يتمكن من وضع برنامج علاجي واقعي ومؤثر .

٥- وأخيرا فإن هذا التعريف يؤكد على أهمية التأهيل العلمي والمهني للأخصائي الإكلينيكي - فهذا الأخصائي لابد أنه درس في أقسام علم النفس القائمة في كليات الآداب أو كليات التربية ، وهذه الدراسة الجامعية كونت لديه بالضرورة التوجه البحثي ، ذلك التوجه الذي أكسبه القدرة على توجيه الأسئلة ووضع الفروض وتقييم كل جديد في الوسائل الإكلينيكية ، وفي الوقت ذاته لابد له من التدرب على الممارسة الإكلينيكية التي تكون لديه القدرة على فهم المريض وتقييم قدراته والتنبؤ بسلوكه ووضع البرامج العلاجية التي تمكنه من تعديل هذا السلوك إلى صورة بناءة ومثمرة .

وعلم النفس الإكلينيكي بالمعنى الواسع هو ميدان تطبيق المبادئ النفسية التي تهتم

أساسا بالتوافق السيكولوجي للأفراد ، ويتضمن التوافق السيكولوجي مشكلات السعادة مثل : مشاعر عدم الارتياح والإحباط وعدم الملاءمة والقلق أو التوتر لدى الفرد ، كما يتضمن علاقاته بالآخرين ، ومطالب المجتمع الأكبر الذي يعيش فيه وأهدافه وعاداته ، ومثل هذا التعريف عام جدا ، فهو لا يميز علم النفس الإكلينيكي عن غيره من مجالات التطبيق الأخرى في علم النفس ، أو عن غيره من الميادين المهنية الأخرى التي تهتم أيضا بطريقة أو بأخرى بالتوافق السيكولوجي الكلي للفرد .

وفي مجال علم النفس ، مثلا ، تجد تخصصات مختلفة مثل الإرشاد المهني أو الاستشارة المهنية التي تهتم بتوافق الفرد مع عمله ، والهندسة البشرية التي تعالج جزئيا توافق الإنسان مع الآلة التي يعمل عليها ، وعلم النفس المدرسي الذي يتضمن توافق الفرد للمدرسة وللدراسة ، ومن المهن التي تتداخل مع علم النفس الإكلينيكي المهن التي يمارسها طبيب الأمراض النفسية ، والأخصائي الاجتماعي ، والمحامي ، والمختص بأمراض الكلام ، ورجل الدين . فهذه المهن جميعها تهتم بطريقة ما بتوافق الفرد لمجموعة خاصة من الظروف .

وفي بعض المجالات يتميز علم النفس الإكلينيكي عن غيره من المجالات الأخرى من حيث أن هذه المجالات الأخيرة تركز على مظهر معين من مظاهر التوافق ، كما هو الحال في التوافق المهني ، أو أمراض الكلام . وعلى الرغم من ذلك ، فهناك في بعض الأحيان تداخل كبير في الاهتمامات كما هو الحال بين علم النفس الإكلينيكي والطب العقلي (النفسي) ، فكل منهما يتناول بالبحث الخصائص العريضة للمرض العقلي (النفسي ، أو اضطرابات الشخصية . ولكن الخلاف هنا لا يحدث على الأغلب في التطبيق ، وإنما يحدث في إعداد وتدريب الممارسين ، وفى نوع المنهج الذي يستخدم في بحث المشكلات ، ويشير" نوع المنهج" إلى الاتجاه النظري الخاص الذي هو جزء من نوع التدريب الخاص الذي يتعرض له الممارس . فمن خصائص السيكولوجيين ، مثلا ، أن يبحثوا الاضطرابات العقلية (النفسية) على أنها نتائج للخبرات المبكرة أو التعلم ، في حين أن أطباء الأمراض العقلية (النفسية) يبحثون هذه الاضطرابات باعتبارها أمراضا خاصة تحتاج إلى علاج خاص ، وحتى في هذا الشأن نجد تداخلا كبيرا بين المجالين في بحثهما لكثير من المشكلات .

وربما نستطيع الوصول إلى فكرة أوضح عـن طبيعـة علـم الـنفس الإكلينيكـي إذا ما نظرنا بدقة فيما يقوم بـه الـسيكولوجيون الإكلينيكيـون . إن معظـم مـا جـاء في هـذا المؤلف سوف يصف مـا يقومـون بـه ، ومـصدر أفكـارهم ، وبعبـارة أوسـع ، كيفيـة إعدادهم وتدريبهم .

ما العمل الذي يقوم به الأخصائيون في علم النفس الإكلينيكي؟

من الممكن أن نقسم أوجه النشاط التي يمارسها الـسيكولوجيون الإكلينيكيـون إلى ثلاث مجموعات أساسية مـن الأسـاليب أو المهـارات ، وأولى هـذه المهـارات في قيـاس الذكاء والقدرات العامة ، وهذا النشاط لا يتضمن مجرد قياس القـدرة الحاليـة للفـرد ، بل يتضمن أيضا تقدير إمكاناته ، وكفاءاته ، وأثر المشكلات أو الظروف الأخرى الـتي تحيط به في قيامه بوظائفه العقلية .

والمجال الثاني من مجالات تطبيق المهارات والأساليب الإكلينيكيـة يتعلـق بقيـاس الشخصية ، ووصفها ، وتقويمها ، وما يتضمنه من تشخيص مـا يمكـن أن نطلـق عليـه السلوك المشكل أو الشاذ أو غير التوافقي ، ومثل هذا القيـاس التشخيـصي لـيس مجـرد محاولة تحديد المرض الخاص الذي يشكو منه الفرد ، بـل أنـه محاولـة وصـف الظـروف السيكولوجية للفرد وصفا تفصيليا ودقيقا قدر الإمكـان ، ولكـي نوضـح معـنى قيـاس الشخـصية أو التـشخيص ، مـن الـضروري أن نقـدم وصـفا مختـصرا لمـا نقـصده مـن الشخصية ونظرياتها .

يـشير لفـظ الشخـصية عـادة إلى طـرق الـسلوك والـتفكير وردود الأفعـال (الاستجابات) والمشاعر الثابتة والمتسقة نسبيا والتي تميز شخصا معينا ، وهذا اللفظ على النحو الذي يستخدم به عادة يستبعد الخصائص الثابتة للفرد التي تتصل بالذكاء والإنجاز والمهارات العقلية بوجه عام .

وتهتم معظم نظريات الشخصية بتحديد أهـم وأعـم خـصائص الأفـراد الثابتـة ، والعمليات التي تؤدي إلى اكتساب هذه الخصائص وتعديلـها ، وإذا اسـتطعنا أن نقـيس هذه الخصائص وأن نحددها ، فإننا نستطيع أن نفهم وأن نتنبأ بالكثير من سلوك الفرد ، وتهتم نظريات الشخصية أيضا باكتشاف ووصف الخبرات والظروف التي تـؤدي إلى نمـو وتغير خصائص معينة للشخصية ، كما تهـتم أيـضا بوصـف مـا يمكـن أن يكـون عليـه

السلوك في المستقبل بناء على معرفتنا بخصائصه الحالية . هذه هي النظريات التي يعتمد عليها السيكولوجيون الإكلينيكيون في وضع اختباراتهم وإجراءاتهم التشخيصية وأساليبهم العلاجية ، وتختلف نظريات الشخصية فيما بينها في العديد من الوجوه ، ومن أهم هذه الاختلافات اثنان هما :

١- التوكيد على أي مظاهر لسلوك الفرد أو شخصيته تعتبر أساسية (مركزية) .
٢- وجهات النظر فيما يتعلق بكيفية نمو هذه الخصائص الهامة أو اكتسابها ، وعلاقاتها فيما بينها .

والمجال الثالث من مجالات المدرسة السيكولوجية الإكلينيكية هو ما نطلق عليه عادة العلاج النفسي . ويقصد به في أذهان الكثيرين طريقة العلاج التي يتحدث فيها المعالج للمريض عدة ساعات في محاولة لمساعدته على فهم نفسه والوصول إلى توافق أفضل . وهذا المصطلح يستخدم في هذا المؤلف بمعنى أوسع لوصف جميع طرق العلاج النفسي ، وهذه الطرق تتضمن معالجة المرضى وجها لوجه لفترة من الزمن ، وتوجيه التوصيات للآباء أو المدرسين أو للمرضى أنفسهم مباشرة ، والقيام بإحداث تغييرات في الظروف المحيطة بالأفراد المودعين في المؤسسات أو التوصية بإحداث هذه التغيرات وبعبارة أخرى ، تتضمن هذه الطرق أية أساليب أو توصيات لزيادة توافق الفرد .

وبالإضافة إلى هذه الأنشطة ، فإن كثيرا من السيكولوجيون الإكلينيكيين يهتمون أيضا بميادين أخرى من علم النفس مثل علم النفس الفسيولوجي ، وعلم النفس التجريبي ، وعلم النفس الاجتماعي ، وعلم النفس الصناعي ، وغيرها ، والواقع أن إعداد معظم السيكولوجيين وتدريبهم يشتمل على جزء كبير مشترك في النواحي النظرية ومناهج البحث ، ولهذا فالفرد الذي يتخصص في أحد فروع علم النفس يشترك عادة مع زملائه الآخرين المتخصصين في الفروع الأخرى في قدر كبير في الإعداد والتدريب اللذين يتلقهما ، وفي كثير من الاهتمامات والأنشطة وقد يكون من المفيد لكي نلخص العمل الذي يقوم به السيكولوجي الإكلينيكي أن نلقي نظرة على بعض الأطر أو المؤسسات التي يعمل فيها السيكولوجي الإكلينيكي عادة .

بالإضافة إلى التدريس في الكليات والجامعات يعمل السيكولوجين الإكلينيكيين في العديد من المؤسسات فهم يعملون في كليات الطب وعيادات الجامعات ، وربما كان

العدد الأكبر منهم يعملون حاليا في المستشفيات العقلية . وهم في مثل هذه المستشفيات لا يقومون بالعمل والبحث في النواحي الإكلينيكية فقط ، ولكنهم يقومون أيضا بالتدريس لزملائهم من التخصصات الأخرى ، وتقديم مشورتهم لهم ، كما يقومون بعمليات اختيار العاملين فيها ، وهناك آخرون من السيكولوجيين الإكلينيكيين يعملون في المستشفيات العامة وفي مراكز علاج الراشدين والأطفال وفضلا عن ذلك ، فإن كثيرا من السيكولوجيين الذين يعملون في المدارس يعدون ويدربون أساسا على علم النفس الإكلينيكي .

وللسيكولوجيين الإكلينيكيين أدوارا هامة أيضا في المؤسسات العامة الأخرى مثل مدارس المتخلفين عقليا ، والسجون ، ودور الإصلاح ، ومراكز التأهيل للأحداث الجانحين ، ومؤسسات فاقدي البصر والصم والمعوقين جسميا ، وقد استخدمت الصناعة أيضا عددا متزايدا من السيكولوجيين الإكلينيكيين لمواجهة مشكلات اختيار العمال وفقا لخصائصهم الشخصية ، وبهدف القيام بالإرشاد النفسي ، والعلاج النفسي ، والبحوث الخاصة بتوافق العمال ، وكذلك يقوم السيكولوجيون الإكلينيكيون بتقديم استشاراتهم للمؤسسات أو الوكالات الحكومية ، وللصناعة ، والمنظمات الأخرى فيما يتعلق بمشكلات قياس الشخصية ، والاختيار ، والصحة النفسية .

وفي السنوات الأخيرة اشتغل كثير من السيكولوجيين الإكلينيكيين فيما أطلق عليه الصحة النفسية في البيئة المحلية ، وهذا الميدان من ميادين التطبيق يتضمن عددا كبيرا متنوعا من أساليب تناول المشكلات ، كما يتضمن العديد من الأخصائيين الآخرين مثل أطباء الأمراض العقلية (النفسية) ، وعلماء الاجتماع ، والأخصائيين الاجتماعيين ، والسيكولوجيين التربويين وهذه الفئة تركز أساسا على المجتمع نفسه ، وليس على أفراد معينين فهم يقدمون استشاراتهم للآباء ، ومديري الأعمال ، وجمعيات الآباء في المدارس ، والقادة الدينيين ، ورجال الأعمال والمسئولين في المدن ، كما أنهم يقدمون إرشاداتهم فيما يتعلق بعملية التوظيف ، وفي النواحي الاقتصادية ، ويقومون بأوجه النشاط اللازمة والمتاحة في المناطق المصابة بالكساد أو الأزمات ، كما أنهم يدربون الأفراد الذين لم يحظوا إلا بقليل من التعليم المهني الرسمي ، ولكنهم مع ذلك يستطيعون تقديم الخدمات النفسية اللازمة ، ويساعدون أفراد المجتمع على أن ينظموا

أنفسهم من أجل أن يساعدوا أنفسهم . تلك هي بعض الأنشطة التي يقوم بها السيكولوجيون الذين يهتمون بالمجتمع المحلي وخدمته .

ويعمل معظم السيكولوجيين الإكلينيكيين في مؤسسات تهتم بالجماعات ، وترتبط عادة بالحكومة المركزية ، أو بحكومات الولايات ، أو بالجامعات ، أو الكليات ، أو كليات الطب ، أو العيادات المحلية التي تعتمد على المعونات الحكومية اعتمادا كليا أو جزئيا ، وهم كالأخصائيين الاجتماعيين في مهنة تنمو لتصبح مهنة اجتماعية ، بمعنى أن السيكولوجيين لا يعتمدون في دخلهم على ما يدفعه المرضى ، وبالتالي فإن خدماتهم تصبح متاحة للجميع بصرف النظر عن القدرة المالية لمن يحتاج إليها ، وقد ظهر من بحث مسحي حديث أن كثيرا من السيكولوجيين الإكلينيكيين يقدمون خدمات خاصة للأفراد ، ويتقاضون منهم مباشرة أجورهم على خدماتهم لهم ، ولكن هذه الممارسة الخاصة تشغل جزءا بسيطا من وقتهم وتكون جزءا يسيرا من دخلهم ، ونسبة ضئيلة فقط من السيكولوجيين الإكلينيكيين هم الذين يعتمدون في الجزء الأكبر من دخلهم على الممارسة الخاصة وعلى الرغم من أن هذه النسبة آخذة في الازدياد زيادة طفيفة ، إلا أنه ليس من المحتمل أن تبلغ في أي وقت في المستقبل نسبة هؤلاء الذين يعتمدون في دخلهم على الحكومة أو المؤسسات وقد يرتبط السيكولوجي الإكلينيكي في قيامه بممارسته الخاصة بغيره من السيكولوجيين الإكلينيكيين أو بأفراد من تخصصات أخرى ، ويتضمن عملهم في هذه الحالة القيام بنفس الوظائف المعتادة ، وهي قياس القدرات العقلية ، وتقويم الشخصية (التشخيص النفسي) ، والعلاج الفردي والجماعي .

ويشكل فهم الإنسان وعلاجه عددا كبيرا من المشكلات الصعبة ، ولما كان كثير من الأفراد غير مدركين لبعض دوافعهم ويفشلون في تذكر خبراتهم أو في التعبير عنها ، ويسلكون بصور مختلفة في المواقف المختلفة ، كان من الضروري أن تتطلب دراسة السلوك الإنساني أساليب معقدة ومتعددة ، وتستلزم دراسة الفرد أو علاجه فهما ، وينبغي أن يختبر صدق هذا الفهم عن طريق التنبؤ ، ويناقش الجزء التالي بعض المشكلات الشائعة والتي تتضمنها الأساليب التي يستخدمها الإكلينيكي في الوصف والعلاج .

دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي :

إن تنوع وظائف ومسئوليات الأخصائي النفسي الإكلينيكي داخل مؤسسات الصحة النفسية قد يجعل تحديد دوره بدقة أمراً صعباً ، ولذلك فإن مهمة التقدير التشخيصي تكاد تكون هي المهمة الرئيسة التي يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي (منظمة الصحة العالمية ، ١٩٨٥) :

١ـ عمل الاختبارات النفسية والمقابلات الإكلينيكية من أجل تشخيص الحالة .

٢ـ الإرشاد والعلاج النفسي للأفراد والأزواج والأسر والجماعات .

٣ـ عمل البحوث النفسية عن نمو الشخصية ووظائفها ، وأسباب المرض النفسي ، وطرق العلاج النفسي وغيرها .

٤ـ اختبار وتدريب الجماعات غير المهنية كالمساعدين في مجال الصحة النفسية والجماعات التطوعية والإشراف عليهم .

٥ـ تقديم الاستشارات النفسية للمؤسسات العلاجية من أجل وضع برامج للعلاج والوقاية من الاضطرابات النفسية (Goldenleng ,1973,P .5) .

وفي الاتجاه نفسه يحدد أجريستا (Agresta, 2004) دور الأخصائي النفسي فيما يلي:

١ـ عمل الاختبارات النفسية .

٢ـ الإرشاد والعلاج النفسي الفردي .

٣ـ الإرشاد والعلاج النفسي الجمعي .

٤ـ الاستشارات النفسية .

أما جوليان روتر (١٩٨٩) فيشير إلى أن الأخصائي النفسي الإكلينيكي يقوم بالأدوار التالية :

١ـ قياس الذكاء والقدرات العامة . وهذا النشاط لا يتضمن مجرد قياس القدرة الحالية للفرد ، بل يتضمن أيضاً تقدير إمكاناته ، وكفاءاته ، وأثر المشكلات أو الظروف الأخرى التي تحيط به في قيامه بوظائفه العقلية .

٢ـ قياس الشخصية ووصفها وتقويمها ، وما يتضمنه من تشخيص ما يمكن أن نطلق عليه السلوك المشكل أو الشاذ أو غير التوافقي .

المهام والواجبات الرئيسية للأخصائي النفسي الإكلينيكي في المستشفى والعيادات النفسية :

يوجد مهام ومسئوليات أخرى للأخصائي النفسي الإكلينيكي في النقاط التالية :

١ـ التقييم النفسي : يتم من خلال المقابلات الأولى ، ويكون الهدف منه إجراء مسحا نفسيا شاملا للحالة الراهنة ، حيث يتم جمع المعلومات الأساسية ، ومعرفة شكوى المريض والأعراض أو المشكلات التي يعاني منها ، ووصف الشخصية والحالة العقلية .

٢ـ تطبيق المقاييس والاختبارات النفسية : كاختبارات الذكاء ومقاييس الشخصية والاختبارات العضوية والاختبارات التشخيصية الأخرى ، والقيام بتصحيح وتفسير نتائجها وشرح دلالتها .

٣ـ المساهمة في التشخيص : حيث يساهم الأخصائي النفسي في عملية التشخيص مع باقي أعضاء الفريق العلاجي من خلال المعلومات المتوفرة لديه عن الحالة ، ومن المقابلات والملاحظة والاختبارات النفسية .

٤ـ تقديم خدمات الإرشاد النفسي : نعني بالإرشاد النفسي : العملية التي تهدف إلى مساعدة الفرد على اكتشاف وفهم وتحليل مشكلاته الشخصية والانفعالية والسلوكية ، التي تودي إلى سوء التوافق ، والعمل على مساعدته في حلها ، بما يحقق مستوى أفضل للتوافق والصحة النفسية . ويهتم الإرشاد النفسي بالأفراد الذين لم يصلوا إلى مرحلة المرض ، أو تكون الأعراض لديهم غير واضحة أو شديدة ، ونتجت غالبا عن ضغوط بيئية ونفسية اجتماعية ، ولكنها قد تؤدي إلى اضطرابات نفسية إذا لم يتم التعامل معها . بمعنى آخر هم الأفراد الذين يكونوا أقرب للسواء من المرض .

ومن المشكلات التي تتناولها عملية الإرشاد النفسي : المشاكل الشخصية ، اضطرابات الشخصية ، الخوف ، الغضب ، الغيرة ، ضعف الثقة في النفس ، الحساسية الزائدة ، الخجل ، وسوء التوافق الاجتماعي ..... الخ .

٥ـ تقديم العلاج النفسي : وهي من المهام الأساسية للأخصائي الإكلينيكي ، حيث يعتمد على مدراس ونظريات علم النفس المختلفة في فهم أسباب المرض ،

والتدخلات العلاجية التي تتناسب معه بهدف مساعدة المريض على تعديل سلوكه ، والوعي بانفعالاته ومشاعره ، والتعامل مع الأعراض المرضية بشكل يساعده على تحقيق التوافق واستعادة التوازن .

إسهامات الأخصائي النفسي الإكلينيكي في المجال الإكلينيكي :

١- إسهامات الفاحص النفسي الإكلينيكي في البحث :

يعتقد كثير من علماء النفس أن أهم مجال لمساهمة الأخصائي النفسي الإكلينيكي بالنسبة للطب النفسي هو مجال البحث ، وفي الحقيقة أن هذا الرأي غير قابل للتحديات أو المناقشة . ومما يزيد الموضوع أهمية أن معلوماتنا في مجال التشخيص والعلاج ما زالت محدودة حتى الآن ، ولذلك فإن الأمل معقود على مزيد من الأبحاث في المجال النفسي ، وبديهي أنه لا يوجد أفضل من الأخصائي النفسي الذي أمضى وقتا طويلا في التمرين على في القيام بهذه الوظيفة Research Methodlogy مناهج البحث العلمي .

ولذا يستطيع علم النفس أن يساهم بدور كبير في تقدم الطب النفسي وذلك ليس بمحاولة التشابه مع الطب النفسي باعتناق معتقدات واتجاهات الطب النفسي ولكن بأن يكون له قواعده وقوانينه وطرقه الخاصة في البحث .

ويشكو معظم من يعملون في مجال علم النفس الإكلينيكي بأنه ينظر إليهم نظرة أقل أو على أنهم من رجال الصف الثاني من قبل الأطباء النفسيين ، وحل هذه المشكلة هو أن يشعر رجال علم النفس الإكلينيكي بأن لهم شخصيتهم المستقلة في مجالهم والذي يؤدي دوره في الإسهام في تطور الطب النفسي من خلال البحث العلمي وتطبيق قواعد علم النفس النظرية .

٢- إسهامات الأخصائي النفسي الإكلينيكي في وصف كيفية المرض :

لعل من أبرز وأهم إسهامات علم النفس الإكلينيكي بالنسبة للطب النفسي الوصف الدقيق للمريض وسلوكه وحالته العقلية وحالته الانفعالية وكذلك وصف سماته البارزة .

هذا المجال الوصفي هو من أهم إسهامات علم النفس الإكلينيكي بالنسبة للطب النفسي ، ولعل استعمال اختبارات الذكاء هو دليل على مدى دقة التقدير الموضوعي ومن هنا تفوق التقدير الشخصي ، فالمقابلة الإكلينيكية تعتمد غالبا على التقدير

الشخصي والكيفي ولذلك فإن الفاحص النفسي الإكلينيكي يجب أن يساهم بطريقة موضوعية في كيفية التقدير . وهناك أدلة عديدة على أهمية هذا الإسهام ، فمن المعروف أن مرضى الهستيريا يتميزون بقابلية شديدة للإيحاء ولقد قام أيزنك في عام ١٩٤٩ بمقارنة مرضى الهستيريا بآخرين يعانون من أمراض عصابية أخرى ووجد أنه لا يوجد فرق بين المجموعتين في قابليتهم للإيحاء . وذلك باستعمال اختبارات لقياس درجة القابلية للإيحاء ووجد أيضا أن هؤلاء المرضى العصابيين لا يختلفون عن الأشخاص الطبيعيين .

واعترض الأطباء النفسيون على هذه النتائج وأرجعوا الخطأ إلى أن مفهوم القابلية للإيحاء عند أيزنك يختلف عن مفهومها لدي الأطباء النفسيين ومن ثم قام أيزنك بمقارنة تقييم عدد من الأطباء النفسيين لبعض المرضى بالنسبة لقابليتهم للإيحاء حيث قوم كل مريض بواسطة طبيبين مختلفين ، فوجد أيزنك فرقا بين الأطباء في تقييمهم لكل حالة ، لذلك فإن التقدير الموضوعي عن طريق الاختبارات أدق وأصوب من التقدير الشخصي خلال المقابلة الإكلينيكية .

ومن هنا تبرز أهمية علم النفس الإكلينيكي في الوصف بالنسبة لسمات الشخصية والقدرات العقلية ومستوى الذكاء .

٣- إسهامات الأخصائي النفسي الإكلينيكي في العلاج النفسي :

أكدت الجمعية النفسية الأمريكية في عام ١٩٤٧ أهمية إعداد الأخصائي النفسي الإكلينيكي وتأهيله في ثلاثة مجالات :

١- مجال التشخيص .

٢- مجال العلاج .

٣- مجال البحث .

وتتطابق هذه المجالات إلى حد بعيد مع اتجاهات المدارس الثلاث :

الديناميكية ـ والقياسية ـ والتجريبية .

وأكدت أن الأخصائي النفسي الإكلينيكي لا يعتبر مؤهلا حقيقة إلا إذا تمرس بجدية في مجال العلاج النفسي . ولكن مبعث هذا الرأي هو الحاجة إلى" Social therapy العلاج الاجتماعي" .

والذي يتطلب عددا كبيرا من المعالجين . ولكن يجب أن ننوه هنا إلى أن الحاجة الاجتماعية أو الحاجة إلى العلاج الاجتماعي يجب ألا تعوق الحاجة الماسة المستمرة إلى البحث العلمي فإذا وجدت الحالة الاجتماعية فإن الحاجة إلى البحث تكون أكبر . فالجامعات بما لها من إدراك علمي ونظرة بعيدة عليها مسئولية خطيرة في تطوير وتأكيد وأهمية البحث والقدرات الطبية عند الأخصائي النفسي الإكلينيكي في برامج تدريبهم .

فالاهتمام أولا يجب أن يركز على البحث في القوانين التي تحكم السلوك الإنساني ويأتي في المرتبة الثانية وسائل العلاج .

ويعتقد البعض أن الحاجة إلى خبرة علاجية تتبع أساسا من العلاقة المباشرة أثناء العلاج مع المرضى والتي تدعم خبرة عالم النفس الإكلينيكي والتي لا يمكن أن تكتسب من أي علاقة أخرى .

فإذا طلبنا من الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يقوم بتشخيص حالة معينة أو أن يضع خطة بحث في مجال علم النفس الإكلينيكي فإنه سيجد معوقات كبيرة إذا كان مفتقدا لهذه الخبرات الإكلينيكية الهامة في مجال العلاج ، فإذا تخيلنا مثلا أن أخصائيا نفسيا إكلينيكيا أراد أن يقوم ببحث عن موضوع علاجي (والذي يعني بالتالي بالبحث في طريقة أو أسلوب أو تأثير العلاج النفسي) فإن ذلك البحث لا يمكن أن يتم حتما بصورته الصحيحة إلا إذا كان معتمدا على خبرات علاجية ، أي لا يمكن أن يؤديه شخص ناقص الخبرة في مجال العلاج النفسي .

ولكن في اعتقادي الشخصي أن التخصص في مجال المرض العقلي ضرورة هامة لضمان التقدم العلمي ، فالطبيب النفسي والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي يكونون حلقة هامة لمهاجمة المرض وذلك يعتمد على تخصص كل منهم في أداء وظيفة معينة .

فالطبيب النفسي مسئول عن مباشرة التشخيص والعلاج والأخصائي النفسي يساعد في التشخيص وتخطيط البحث والأخصائي الاجتماعي مسئول عن دراسة الظروف الاجتماعية التي قد تكون مؤثرة على الحالة .

وحتما يحدث الاختلاط وتقل الكفاءة إذا لم يحدد تخصص مجال كل من الثلاثة أو إذا خلطنا بين هذه الوظائف المتخصصة ، ولهذا فإن الترتيب في مجال علم النفس

الإكلينيكي يجب أن يركز على المجالات التي يستطيع فيها الأخصائي النفسي أن يفيد هذا الفريق النفسي بكفاءة .

ثمة شيء آخر وهو حقيقة لا تخفى على أحد أن كثيرا من الأعراض النفسية يكون سببها اضطرابات عضوية وأعتقد أن الوحيد الذي يستطيع أن يقوم بالتشخيص والعلاج في هذه الحالة هو الطبيب النفسي .

وعلى هذا نؤكد خطورة قيام الأخصائي النفسي بالعلاج ، وإذا كان برنامج التدريس للأخصائي النفسي في مجال علم النفس الإكلينيكي يشمل التدريب في مجال البحث في الوسائل التشخيصية فإن ذلك كفيل بأن يستوعب كل وقته وإضافة عبء ثالث وهو التمرين على العلاج سيؤدي قطعا إلى انخفاض مستوى الأخصائي النفسي الإكلينيكي . فتدريب الأخصائي يحتاج إلى سنتين .

كما يحتاج الأخصائي النفسي إلى اختبارات التشخيص Diagnostic Tests للتمرين على وسائل البحث والطرق الإحصائية . فإذا أعطينا جزءا من هذا الوقت للتمرين على العلاج فإن الكفاءة التشخيصية والكفاءة في البحث حتما ستكون غير كاملة .

٤- إسهامات الأخصائي النفسي الإكلينيكي في التشخيص :

إن مشاركة الأخصائي الإكلينيكي ومساعدته للطبيب النفسي في التشخيص أمر بديهي ومتعارف عليه بالنسبة لعلماء النفس وكذلك بالنسبة للأطباء النفسيين .

ولقد أوردنا من قبل كمية الوقت الذي يبذل في هذا المجال ناهيك عن تعدد وكثرة الاختبارات النفسية التي تستعمل في هذا الغرض :

أولاً : إن هناك حاجة ماسة إلى نظام ثابت ومتفق عليه في التشخيص .

ثانياً : هناك حاجة ضرورية أيضا لإيجاد دلالات صحيحة لتقدير مدى دقة الاختبارات النفسية ولقد كان تشخيص الطبيب النفسي هو دائما الدلالة على صحة وقدرة هذه الاختبارات ولكن هذا التشخيص قد يكون في حد ذاته محتاجا لكثير من التقييم في بعض الأحيان .

ثالثاً : يجب أن يكون التشخيص مناسبا تماما بالنسبة للعلاج المستعمل وألا يكون الوقت الذي يبذل في الوصول إلى التشخيص هو وقت ضائع . ونحن نعلم أن التشخيص

في بعض الأحيان لا يؤدي بالضرورة إلى اختيار وسيلة معينة للعلاج فهناك معدلات أخرى قد تفرض نفسها وتصبح أهم من التشخيص في حد ذاته في تحديد طريقة العلاج .

وفي بحث هام قام به جولدبرج Goldberg في عام ١٩٦٥ وحلل فيه أعدادا هائلة من اختيار منيسوتا وجد أن الاختبار نجح في التفرقة بين حالات الذهان والعصاب في ٧٤% من الحالات بالمقارنة إلى النتائج المبنية على مستوى المصادقة والتي تصل إلي ٥٠% .

ويحاول مؤيدو التحليل النفسي وبالذات الاختبارات الإسقاطية مثل اختيار رورشاخ كوسيلة تشخيصية التشكيك في قيمة القياسات النفسية مثل اختيار منيسوتا ومدى صلاحيته في التشخيص بالمقارنة إلى الاختبارات الإسقاطية والتي تعطي في نظرهم مجالا أوسع للفاحص والمريض نفسه ، وبذلك تزداد درجة الدقة ، ولكن ليس لهذا الادعاء دعائم يرتكز عليها .

وفي مقال لإيزنك Eysenck عام ١٩٥٨ عن الاختبارات الإسقاطية وضح عدة نقاط على النحو التالي :

١- لا توجد نظرية ثابتة علمية وذات معنى وقابلة للاختبار تدعم الاختبارات الإسقاطية الحديثة .

٢- غالبا ما تتعارض نتائج التطبيق العملي للاختبارات الإسقاطية مع الأساس النظري الموضوع على أساسه هذه الاختبارات .

٣- ليس هناك أي دليل على المستوى التجريبي يدل على أية علاقة بين تفسيرات الاختبارات الإسقاطية وتشخيص الطب النفسي .

٤- إذا حللنا اختبار رورشاخ ووضعنا نتائجه في صورة إحصائية فإن إعادة تطبيقه على مجموعة أخرى من الناس لا تملي تطابقا مع التشخيص الإكلينيكي وذلك يعني أن مثل هذا الاختبار ليس له معدلات ثابتة يمكننا المقارنة بها .

٥- ليس هناك أيضا دليل على وجود علاقة بين المعدلات الإحصائية للاختبارات وبين نتيجة العلاج النفسي .

٦- لا يوجد ما يؤكد وجود ارتباط بين دلائل الاختبارات الإسقاطية وبين سمات الشخصية .

٧- لا يتوافر الدليل على وجود ارتباط بين دلائل الاختبارات الإسقاطية وبين القدرات العقلية والذكاء إذا قيس كل منهما على حدة .

٨- ينقص البرهان على وجود قدرة تنبئية للاختبارات الإسقاطية بالنسبة للنجاح أو الفشل في مجالات مختلفة حيث تلعب نوعية الشخصية دورا هاما .

٩- والأهم من ذلك أيضا انعدام اليقينية على أن الصراعات الشعورية واللاشعورية والاتجاهات والمخاوف في المرض يمكن تشخيصها بحيث تعطي نتائج مطابقة مع نتائج الفحص بواسطة الطبيب النفسي ، فغالبا ما تتعارض نتائج الاختبارات الإسقاطية وقدرتها على التشخيص مع تشخيص الطبيب النفسي .

١٠- هناك دلائل كثيرة تشير إلى أن معظم الدراسات في هذه الاختبارات لم تعمم بطريقة ملائمة أو كافية وينقصها الأنماط الإحصائية في تحليل النتائج .

ولقد أكد هذه الآراء أيضا كرونباخ "Cronbach" في عام ١٩٤٩ بالنسبة لاختبار تفهم الموضوع "Thematic Apperception Test " .

٥- إسهامات علم النفس الإكلينيكي في مجال العلاج السلوكي :

يعتبر العلاج السلوكي الإسهام المباشر العملي لعلم النفس الإكلينيكي بالنسبة للطب النفسي ، والعلاج السلوكي يعتمد على نظريات التعلم ابتداء من بافلوف حتى أيزنك وولب وسكر ويلعب دورا في علاج الأمراض العصابية والذهانية لدى الأطفال والكبار ، وكما علمنا من قبل أنه يقف على النقيض من نظريات التحليل النفسي في أسباب وطرق علاج الأمراض النفسية ، ولن يسمح لنا هذا الكتاب في الإفاضة عن أنواع العلاج السلوكي وسنجدهم بالتفصيل في كتب الطب النفسي المختلفة .

ـ المبادئ الأخلاقية التي يلتزم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي :

يخضع مجال علم النفس الإكلينيكي في معظم الدول لرقابة مشددة من خلال تطبيق قانون أخلاقيات المهنة . ففي الولايات المتحدة الأمريكية ، ينص قانون السلوك

الصادر عن جمعية علم النفس الأمريكية على أخلاقيات المهنة ، والـذي يـتم تطبيقـه في الولايات الأمريكية لتحديد شـروط إصـدار التـصريح بالممارسـة العمليـة الإكلينيكيـة . ويضع هذا القانون الصادر عن جمعية علم النفس الأمريكية معيارًا أعلى من ذلك الـذي تم تحديده بموجب القانون ، نظرًا لأنه يتعلق بتوجيـه الـسلوك المسئول وحمايـة المرضـى وتحسين حالة الأفراد والمؤسسات والمجتمع . ويُطَبق هذا القانون على جميع الأخـصائيين النفسيين في كل من ميدان البحث العلمي والمجالات التطبيقية .

هذا ، ويستند القانون الصادر عن جمعية علم النفس الأمريكية إلى خمـسة مبـادئ هي : الإحسان إلى المرضى وعدم الإضرار بهم والإخلاص والمسئولية والأمانة والعدالـة واحترام حقوق الأفراد وكرامتهم . وهناك بعض البنود التفصيلية التي تتناول كيفية حـل المـشكلات الأخلاقيـة وقـضايا الكفـاءة والعلاقـات الإنـسانية والخصوصية والـسرية والإعلان وحفظ السجلات والرسوم والتدريب والبحوث والنشر والتقييم والعلاج .

وقد صدر الميثاق الأخلاقي لأول مرة عام ١٩٥٣ عـن الجمعيـة الأمريكيـة لعلـم النفس (apa) ، وقد تمت مراجعته تسع مرات آخرها عام ١٩٩٢ . وقـد قامـت رابطـة الأخـصائيين النفـسيين المـصرية والجمعيـة المـصرية لعلـم الـنفس بنـشر الميثـاق الأول للمشتغلين بعلم النفس في مصر عام ١٩٩٥ ، معتمدة في ذلك على مراجعة ما جـاء في مواد الميثاق الأمريكي ووضع العديـد مـن القواعـد الـتي تحكـم عمـل المـشتغلين بعلـم النفس . وفيما يلي بعض المواد التي ينبغي على الأخصائي أن يلتزم بها :

١ـ يجب أن يحافظ الأخصائي النفسي على معايير عالية من الكفاءة في أدائه للمهام الـتي يكلف بها في مجال عمله ، وأن يعترف بأن هناك حدود لا يتخطاها .
٢ـ مراعاة الأمانة في تحديد المهام التي يستطيع أن يقوم بهـا الأخـصائي النفـسي مـع مـن يتعامل معهم .
٣ـ تحمل مسؤولية تقديم خدمات فعالة لجمهور المتعاملين بغـض النظـر عـن انتمـاءاتهم وأفكارهم .
٤ـ لابد وأن يعتمد الأخصائي النفسي في أحكامه على معايير علمية معترف بها .
٥ـ احترام حقوق الآخرين في التمسك بالقيم والاتجاهات الخاصة بهم .

٦ـ لابد وأن ينتبه الأخصائي النفسي إلى مشكلاته وصراعاته الشخصية التي قد تؤثر في عمله مع الآخرين ، ويعمل على حلها أو تجنبها قدر الإمكان أثناء عمله .

٧ـ الاحتفاظ بنتائج التقييم والتفسير والتشخيص المحتمل وتقديمها بشكل علمي واضح لمن يتعامل مع الحالة في سياق تقديم خدمة علاجية ، وذلك حتى يضمن عدم إساءة استخدام هذه المعلومات .

٨ـ يحافظ الأخصائي النفسي بشكل مستمر على خصوصية أدواته ولا يجعلها شائعة الاستخدام من غير المتخصصين حتى لا يساء استخدامها .

٩ـ في حالة قيام الأخصائي النفسي بالعمل العلاجي لابد من البدء بتحديد كل الجوانب التي سوف تتناولها هذه العملية مع المرضى من حيث الأهداف والواجبات والمسؤوليات وتصحيح بعض المفاهيم الخاطئة لدى المتعاملين معه .

١٠ـ لابد من أن يحصل الأخصائي النفسي على موافقة المريض أو من يتولى أمره قبل البدء بالعلاج .

١١ـ يلتزم الأخصائي النفسي بأن يمهد لقطع الخدمة العلاجية لأي سبب ، وتأهيل مرضاه للانتقال لمعالج آخر أو لإنهاء العلاقة العلاجية .

ـ نظريات علم النفس الإكلينيكي :

نجد أن نظريات علم النفس الإكلينيكي تنقسم إلى أربع نظريات هي :

النظرية الأولى : هي النظرية التي تعتبر أن للمرض النفسي وجودا قائما بذاته ، وهذا التصنيف هو تصنيف حسب العالم إميل كرايبلين للأمراض النفسية والعقلية .

والنظرية الثانية : هي نظرية الملكات والأنماط والسمات . نظرية الأنماط للويس روستان وكريتشمر وشلدون ويونج ، نظرية السمات لجوردون ألبورت وريمون كاتل .

والنظرية الثالثة : هي نظرية التحليل النفسي ، ومنها نظرية فرويد في الحتمية النفسية والدوافع اللاشعورية ، وفي الاضطرابات النفسية والعقلية باعتبارها سلوكا مدفوعا أو موجها نحو أهداف معينة .

والنظرية الرابعة : هي نظرية التعلم الاجتماعي لجوليان روتر وزملائه ، وهي تؤكد أن الفرد يتعلم عن طريق الخبرات السابقة بعض الإشباعات التي تكون أكثر احتمالا من غيرها في بعض المواقف . فالسلوك غير السوي ، تبعا لهذه النظرية ، ليس مرضا بل هو محاولة ذات معنى لتجنب عقوبات معينة ، أو للحصول على إشباعات على مستوى غير واقعي .

اتجاهات في علم النفس الإكلينيكي الحديث :

كان معظم السيكولوجيين الإكلينيكيين قبل الحرب العالمية الثانية يعملون أولا في علاج مشكلات الأطفال . وكانوا يقومون بذلك في مؤسسات مختلفة مثل عيادات الجامعات ، وعيادات المجتمعات المحلية ، والعيادات المتجولة التي تديرها إدارات الخدمات العامة في الولايات ، وأحيانا إدارات التربية ، وكذلك مؤسسات ضعاف العقول ، والعيادات الخاصة بالمعوقين جسميا ، وعيادات أمراض الكلام ، ومؤسسات الأحداث الجانحين . وكانت وظيفة السيكولوجيين الإكلينيكيين الأساسية هي إجراء الاختبارات السيكولوجية التي تقيس أساسا القدرة العقلية والتحصيل المدرسي ، وكذلك قياس الاستعدادات الخاصة (مثل الاستعدادات الميكانيكية والموسيقية) ، ونواحي العجز الخاصة (مثل الصعوبات المتعلقة باللغة والذاكرة والإدراك السمعي والبصري) .

وبالإضافة إلى المعلومات التي يحصل عليها السيكولوجي الإكلينيكي من هذه الاختبارات ، نجد المعلومات التي يحصل عليها السيكولوجي الإكلينيكي من دراسته للحالة سواء حصل عليها مباشرة من الحالة أو من الأخصائيين الاجتماعيين أو المدرسين . وكانت المعلومات المجمعة تستخدم أساسا في وضع التوصيات التي تقدم عادة إلى المدرسين والآباء والمعالجين الذين يعملون في التدريب على نواحي العجز (مثل المدرسين المختصين في تصحيح النطق ، ومدرسي الصمّ ، ومدرسي المكفوفين وغير ذلك) . وكانت التوصيات تقدم أيضا للأطباء ، والسلطات المسئولة عن مؤسسات الجانحين ، والمحاكم ، وغيرها من المؤسسات الاجتماعية .

وعادة كان إعداد السيكولوجيين الإكلينيكيين وتدريبهم في الجامعات على العمل الإكلينيكي محدودا جدا ، ويتضمن عادة مقررا في إجراء اختبار ستانفورد بينيه

للذكاء ، ومقررا في القياس الجمعي ، ومقررا في علم النفس المرضى ، وقد يضاف إلى ذلك مقرر في سيكولوجية الطفولة أو سيكولوجية النمو . وكان معظم التدريب يتم أثناء العمل باعتباره خبرة ميدانية . وفي بعض الحالات النادرة كان ثمة تدريب داخلي حقيقي مثل التدريب الذي كان في عام ١٩٣٨ دافيد شاركو David Shakow والذي وضعه في مستشفى ولاية وُورسستر Worcester State Hospita ونادرا ما كان السيكولوجي الإكلينيكي يقوم بالعلاج النفسي الشامل وجها لوجه مع الأطفال . وعندما كان يقدم مثل هذا العلاج ، كان يقدم عادة في عيادات البيئة المحلية ، وكانت الطريقة المستخدمة تقوم على أساس العلاج عن طريق اللعب الذي طورته أنا فرويد Anna Freud وميلاني كلين Melanie Klein اللتان طبقتا مناهج التحليل النفسي التي قام بها فرويد في العلاج النفسي مع الأطفال . ومن حين لآخر ، كان السيكولوجيون الإكلينيكيون الذين يعملون مع المراهقين الجانحين والأشخاص الذين يعانون من مشكلات في الكلام ، وخاصة المصابين منهم باللجلجة ، يقومون بتطبيق نوع من العلاج الذي يقوم على أساس من الفهم العام .

وكان العمل مع الراشدين أقل انتشارا بكثير من العمل مع الأطفال . فالسيكولوجيون الإكلينيكيون العاملون مع الراشدين أساسا يشتغلون عادة في المستشفيات العقلية للولايات ، وكان عملهم الرئيسي فيها هو إجراء الاختبارات لمساعدة أطباء الأمراض العقلية (النفسية) في القيام بعملية التشخيص . وكانت بعض الوظائف متاحة في إدارات السجون حيث كان السيكولوجيون يقومون بقياس الذكاء ، ويحاولون تحديد المسجونين المصابين بالأمراض العقلية ، وكانوا يجرون الاختبارات الخاصة التي تساعد على وضع المسجونين في المهن والمدارس الموجودة داخل السجون . وفي بعض الأحيان كان سيكولوجيو السجون يقومون بالعلاج الفردي أو الجماعي . أما في مستشفيات الأمراض العقلية فإن العلاج النفسي الفردي والجماعي كان محدودا ، وإذا وجد أصلا ، فإنه كان يمثل جزءا ضئيلا من واجبات السيكولوجي . وغالبا ما كان السيكولوجيون الإكلينيكيون الذين يعملون في المؤسسات يشتركون في مسائل توظيف أو اختيار المرضين والمساعدين والموظفين الآخرين . وكان عملهم هو إجراء الاختبارات للمتقدمين وتقويم ذكائهم وتوافقهم الشخصي وثباتهم الانفعالي .

وقرب أواخر الثلاثينات زاد الاهتمام باختبارات الشخصية ، وخاصة للراشدين في مستشفيات الأمراض العقلية ، ولكن الاهتمام كان أشد بدرجة كبيرة باختبارات القدرات والنقص العقلي ، واختبارات العجز الذي يطرأ على القدرة العقلية والناشئ عن المرض العقلي أو التلف الذي يصيب المخ ، واختبارات المهارات ونواحي العجز الخاصة .

ومعظم الكتب التي نشرت في هذه الفترة في ميدان علم النفس الإكلينيكي العام كانت تتعرض لكيفية إجراء الاختبارات العقلية وتصحيحها وتفسيرها . وكانت معظم بحوث السيكولوجيين الإكلينيكيين تتناول القيمة التشخيصية لاختبارات الوظائف العقلية ، أو وضع اختبارات تشخيصية جديدة وإثبات صدقها ، وقلما كان يشتغل السيكولوجيون في نشر البحوث التي تتعرض لوصف العلاج القائم على المقابلة وجها لوجه بين المعالج والمريض .

وقد أدى قيام الحرب العالمية الثانية ، الحرب نفسها وما تلاها ، إلى إحداث تغيرات هامة في العمل الذي يقوم به السيكولوجيون الإكلينيكيون . ومن أهم النتائج الأولى للاضطرابات السياسية في أواخر الثلاثينات هجرة عدد كبير من السيكولوجيين والسيكاترين (الأطباء النفسيين) الأوروبيين إلى الولايات المتحدة هروبا من النظم الدكتاتورية . وكان معظم هؤلاء يميلون إلى التحليل النفسي ، كما أنهم كانوا قد دربوا على القيام به . وعلى الرغم من أنهم لم يبدأوا التحليل النفسي في هذه البلاد (الولايات المتحدة) ، إلا أن أنشطتهم وكتاباتهم أدت إلى زيادة الاهتمام بالشخصية وتطورها بوجه عام ، وإلى انتشار المفاهيم التحليلية بوجه خاص . وكان الأثر العام على السيكولوجيين والسيكياترين الذين اتصلوا بهؤلاء القادمين الجدد هو تقليل التوكيد على اختبارات الذكاء وأوجه النقص العقلي والقدرات ، وزيادة التوكيد على الشخصية وقياس خصائص الشخصية المنحرفة (غير السوية) .

وأدت الحرب نفسها إلى زيادة الاهتمام بعلم النفس الإكلينيكي وإلى زيادة إمكانات إسهامه في علاج المرضى العقليين . وقد دعت زيادة الأعداد الكبيرة من المرفوضين من الخدمة العسكرية بسبب عدم الثبات الانفعالي والضعف العقلي ، وكذلك أعداد الإصابات (الخسائر) النفسية في القوات المسلحة إلى اهتمام قومي أكبر

بمشكلة العلاج والوقاية من الاضطرابات العقلية . وانعكس هذا الاهتمام في تضخم ميزانية المعهد القومي (الوطني) للصحة النفسية (العقلية) بعد الحرب . وقد ترك السيكولوجيون انطباعا قويا على المشتغلين في ميدان الصحة النفسية ليس فقط بسبب الأساليب التي يتبعونها ، والتي يمكن استخدامها في عمليات الاختيار ، بل بسبب معرفتهم العامة بأساليب البحث . وعندما خصصت وزارة الصحة العامة للولايات المتحدة لأغراض الصحة النفسية في أعقاب الحرب أكدت على توظيف السيكولوجيين الإكلينيكيين للأغراض الإكلينيكية وللبحوث .

وفي القوات المسلحة وجد أن الخدمات الطبية غير معدة لعلاج مشكلة الانهيارات السيكولوجية التي تحدث سابقة للمعارك أو في أثنائها . فقد كان السيكاتريون (الأطباء النفسيون) قليلي العدد ، ونتيجة لذلك درب السيكاتريون والسيكولوجيون على تناول هذه المشكلات في مقررات قصيرة ومرة أخرى ترك السيكولوجيون بأساليبهم في الاختيار وبمعرفتهم بأساليب البحث انطباعا قويا على المشتغلين في هذا الميدان .

وقد تضمنت الخطط الموضوعية للتوسع في برامج رعاية قدماء المحاربين (الجنود المسرحين) وعلاجهم مبالغ ضخمة لتدريب السيكولوجيين الإكلينيكيين وتوظيفهم .

وقد قدمت وزارة الصحة العامة للولايات المتحدة وإدارة المحاربين القدماء (المسرحين) معونات خصصت لإعداد السيكولوجيين الإكلينيكيين وتدريبهم بالجامعات التي كانت تقدم برامج شاملة على مستوى الدكتوراه . وكثير من الطلبة أنفسهم كانوا يجدون المعونة بالعمل في نطاق التسهيلات التي تقدمها إدارة المحاربين القدماء والتي كانت موزعة في أنحاء الولايات المتحدة . وكان هؤلاء الطلبة يقومون بعملهم الإكلينيكي مع الذين تسببت الحرب في عجزهم السيكولوجي . وقد أدى برنامج إدارة المحاربين القدماء الذي كان أوسع البرامج القائمة إلى أن أصبح الاتجاه الأساسي بعد الحرب منصبا على مشكلات الشخصية . وأصبحت إدارة المحاربين القدماء هي نفسها راغبة في توظيف السيكولوجيين الذين أنهوا البرامج المعترف بها بمرتبات تفوق عادة المرتبات التي يمكن الحصول عليها من العمل في المدارس والسجون والمراكز المحلية . ونتيجة لهذا ، ازداد الاهتمام بصورة ملحوظة بالعمل مع الكبار الذين يعانون من انهيارات أو مشكلات في الشخصية في أعقاب الحرب .

وفي أثناء الحرب أدت ضرورة العمل على إعادة أكبر عدد ممكن من المجندين إلى ميدان القتال ، إلى اللجوء إلى عدد من المحاولات المعدلة لتقديم العلاج النفسي للمرضى . وكان كلما توافر عدد من السيكولوجيين الإكلينيكيين فإنهم كانوا يدعون عادة إلى القيام بالعلاج الجمعي ، وفي بعض الأحيان إلى القيام بالعلاج الفردي .

إن ما قام به كارل روجرز Carl Rogers في ميدان العلاج النفسي في أثناء الحرب وبعدها مباشرة ، وبخاصة اهتمامه بنشر نصوص ما يدور في الجلسات العلاجية ، قد أثار اهتماما كبيرا . وقد أخذ المنهج العقيم الذي يهتم بتصنيف الاضطرابات العقلية ووضعها تحت أسماء محددة يتلاشى ، لدى عدد كبير من السيكولوجيين على الأقل ، وحلت محله رغبة شديدة للقيام بالعلاج أو بما يساعد المريض مساعدة مباشرة . إن هذا الاهتمام بالعلاج النفسي للكبار ووجود عدد من المحللين النفسيين المدربين من الأطباء أو من غير الأطباء القادمين من أوربا ، فتح أمام السيكولوجيين الإكلينيكيين مجال علاج الكبار وجها لوجه علاجا طويل الأمد . وقد كان هذا العمل في السابق يكاد يكون مقصورا على قليل من السيكاتريين المدربين على التحليل النفسي . وأصبح من المقبول لدى السيكولوجيين الإكلينيكيين أن يقوم بالعلاج من لم يخضع للتحليل النفسي ، أو من لا يتصف باتجاه تحليلي ، أو من لم يحصل على درجة الدكتوراه في الطب .

وقد قدمت وزارة الصحة العامة في الولايات المتحدة مساعدتها لعقد مؤتمر لإعداد السيكولوجيين الإكلينيكيين وتدريبهم في بولدر بكلورادو Boulder Colorado عام ١٩٤٩ وقد انتهى هذا المؤتمر بعدد من الأمور المتفق عليها ، منها أن يكون الحصول على دكتوراه الفلسفة هو الحد الأدنى لمن يطلق على نفسه سيكولوجيا كلينيكيا . وبذلك أصبح يطلب من السيكولوجيين الإكلينيكيين ، ليس في الجامعة فحسب بل في كثير من المؤسسات الأخرى أيضا ، سواء بصورة رسمية أو غير رسمية ، أن يكونوا حاصلين على دكتوراه الفلسفة ، وألغت جامعات كثيرة إعداد السيكولوجيين وتدريبهم على مستويات أقل من مستوى دكتوراه الفلسفة . وبسبب الوظائف المتاحة أمام السيكولوجيين الإكلينيكيين أصبح من الطبيعي أن يلتحق معظمهم ، مستثمرين ما حصلوا عليه من إعداد وتدريب أعلى ، في وظائف تتميز بأفضل مستقبل اقتصادي

ممكن . ولما كنت هذه الوظائف لا تتضمن الوظائف الموجودة بالعيادات النحية ، والسجون ، والمدارس ، وعيادات المعوقين جسميا وغيرها ، فقد اتجه الكثير إلى العمل مع الكبار ومشكلاتهم . وقد ازداد عدد السيكولوجيين الإكلينيكيين الذين قبلوا وظائف في إدارة قدماء المحاربين ، ومستشفيات الولايات ، والجامعات ، وكليات الطب الجامعية ، والمدرسة الخاصة ، ومؤسسات الاستشارة الصناعية . وبحلول عام ١٩٦٠ أصبحت مشكلة علاج قدماء المحاربين أقل حدة ، وبدأ الاهتمام بعلاج الأطفال ومشكلاتهم يتزايد مرة أخرى .

إن من الممتع أن نلاحظ هذه التغيرات ، إذ أنها تصور لنا كيف تؤثر الأحداث الاجتماعية والاقتصادية والسياسية في تطور أي علم من العلوم . إن أنواع المشكلات التي يبحثها العلم ، والطريقة التي ينظر بها إلى هذه المشكلات تتأثر بوجه عام بالظروف السائدة في المجتمع ، وهي ليست مستقلة عنها . إن اتجاهات جديدة في العلم ، بالإضافة إلى تأثيراتها في طبيعة التغيرات في المستقبل ، تنشأ نتيجة للتغيرات التي تحدث في مجتمع ما .

الانتقادات الموجهة لعلم النفس الإكلينيكي :

يعد علم النفس الإكلينيكي مجالاً متنوعًا ، كما أن هناك جدل دائر حول المدى الذي ينبغي عنده تقييد الممارسة الإكلينيكية بالأساليب العلاجية التي تدعمها الأبحاث التجريبية . وعلى الرغم من وجود بعض الأدلة التي توضح أن جميع الطرق العلاجية الرئيسية المستخدمة في علم النفس تعد ذات فعلية مماثلة تقريبًا ، فلا يزال يزداد الجدل حول فاعلية مختلف الأساليب العلاجية المستخدمة في علم النفس الإكلينيكي .

وقد ذُكِرَ أن علم النفس الإكلينيكي نادرًا ما يتوافق مع مجموعات المرضى ، كما أنه يميل إلى معالجة المشكلات الفردية وإغفال المشكلات الناجمة عن عدم المساواة الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والتي قد لا يكون المريض مسئولاً عنها وزعم البعض أن الممارسات العلاجية ترتبط حتمًا بعدم تكافؤ هذه القوى ، الأمر الذي يمكن استخدامه في الخير والشر وقد أفادت حركة علم النفس النقدي أن علم النفس الإكلينيكي ، وبعض التخصصات والفروع الأخرى التي شكلت مجموعة العلوم النفسية ، لم ينجح غالبًا في معالجة حالات عدم المساواة والظلم الجذر وعدم تكافؤ

القوى في المجتمع ، كما أنه من الممكن أن يلعب دورًا في تعزيز الرقابة الاجتماعية والأخلاقية على الضرر والحرمان والانحراف والاضطراب .

وأشارت المقالة الرئيسية التي صدرت في أكتوبر ٢٠٠٩ في مجلة نيتشر العلمية البريطانية إلى أن هناك عدد كبير من ممارسي علم النفس الإكلينيكي في الولايات المتحدة الأمريكية ينظر إلى الأدلة العلمية على اعتبار أنها أقل أهمية من خبرتهم الشخصية – التي تعد في حد ذاتها خبرة إكلينيكية ذاتية .

الفصل الثاني
مناهج البحث في علم النفس الإكلينيكي

عناصر الفصل الثاني :

- مقدمة
- تعريف مناهج البحث العلمي
- أهمية البحث العلمي
- خصائص الأسلوب العلمي
- صفات البحث الجيد
- التفكير العلمي
- خطوات البحث العلمي
- تصنيف مناهج البحث
- أنواع البحوث من حيث مناهجها
- أساليب وطرق البحث
- طرق ومناهج البحث في علم النفس :
    - أولا : المنهج الوصفي
    - ثانيا : المنهج التجريبي
    - ثالثا : المناهج المسحية والميدانية
    - رابعا : المنهج الإكلينيكي
    - خامسا : المنهج الاستبطاني
    - سادسا : منهج التحليل النفسي
    - سابعا : منهج دراسة الحالة

الفصل الثاني
مناهج البحث في علم النفس الإكلينيكي

مقدمة :

في هذا الفصل نتحدث عن مناهج البحث العلمي وصفات الباحث الجيدة وخصائص البحث العلمي ثم نتحدث عن التفكير العلمي الذي يؤدي بالباحث إلى اتباع منهجية مضبوطة .

ثم نتحدث عن تصنيف المناهج العلمية ونستعرض المناهج الواحد تلو الآخر ومميزات وعيوب كل منهج من هذه المناهج مستعرضين المنهج الوصفي مرورا بالمنهج التجريبي والذي يوصف بأنه أدق المناهج العلمية ثم ننتقل إلى المناهج المسحية والميدانية ثم نستعرض المنهج الإكلينيكي بفنياته وضوابطه وأدواته ثم ننتقل للمنهج الاستبطاني ثم منهج التحليل النفسي يليه منهج دراسة الحال وهما المنهجان الأساسيان اللذين يعتمد عليهما المنهج الإكلينيكي في تطبيقاته العملية ولنبدأ بالحديث عن تعريف البحث العلمي .

- تعريف مناهج البحث العلمي :

يعرف المنهج بأنه الطريقة التي يعتمدها الباحث للوصول إلى هدفه المنشود ، وأن وظيفته في العلوم الاجتماعية هي استكشاف المبادئ التي تنظم الظواهر الاجتماعية والتربوية ، والإنسانية بصفة عامة وتؤدي إلى حدوثها حتى يمكن على ضوئها تفسيرها وضبط نتائجها والتحكم بها .

- أهمية البحث العلمي :

إن الحاجة إلى الدراسات والبحوث والتعلم أضحت اليوم مهمة أكثر من أي وقت مضى ، فالعلم والعالم في سباق للوصول إلى أكبر قدر ممكن من المعرفة الدقيقة المستمدة من العلوم التي تكفل الرفاهية للإنسان ، وتضمن له التفوق على غيره .

وإذا كانت الدول المتقدمة تولي اهتماما كبيرا للبحث العلمي فذلك يرجع إلى أنها أدركت أن عظمة الأمم تكمن في قدرات أبنائها العلمية والفكرية والسلوكية . والبحث

العلمي ميدان خصب ودعامة أساسية لاقتصاد الدول وتطورها ، وبالتالي يحقق الرفاهية لشعوبها والمحافظة على مكانتها الدولية .

وقد يتم تكليف طالب بعمل بحث قصير ويهدف هذا الإجراء إلى تعويد الطالب على التنقيب عن الحقائق واكتشاف آفاق جديدة من المعرفة والتعبير عن آرائه بحرية وصراحة . كما يمكن تلخيص بعض الأهداف لكتابة الطلاب للأبحاث في النقاط التالية :

١- إثراء معلومات الطالب في مواضيع معينة .
٢- الاعتماد على النفس في دراسة المشكلات وإصدار أحكام بشأنها .
٣- اتباع الأساليب والقواعد العلمية المعتمدة في كتابة البحوث .
٤- التعود على استخدام الوثائق والكتب ومصادر المعلومات .
٥- التعود على معالجة المواضيع بموضوعية .
٦- التعود على القراءة وتحصين النفس ضد الجهل .

- خصائص الأسلوب العلمي :

١- الموضوعية : وتعني الموضوعية هنا ، أن الباحث يلتزم في بحثه المقاييس العلمية الدقيقة ، ويقوم بإدراج الحقائق والوقائع التي تدعم وجهة نظره ، وكذلك الحقائق التي تتضارب مع منطلقاته وتصوراته .

٢- استخدام الطريقة الصحيحة والهادفة : ويقصد بذلك ، أن الباحث عندما يقوم بدراسة مشكلة أو موضوع معين ، ويبحث عن حل لها .

٣- الاعتماد على القواعد العلمية : يتعين على الباحث الالتزام بتبني الأسلوب العلمي في البحث من خلال احترام جميع القواعد العلمية المطلوبة لدراسة كل موضوع .

٤- الانفتاح الفكري: ويقصد بذلك ، أنه يتعين على الباحث الحرص على التمسك بالروح العلمية والتطلع دائما إلى معرفة الحقيقة فقط ، والابتعاد قدر الإمكان عن التزمت والتشبث بالرؤية الأحادية المتعلقة بالنتائج التي توصل إليها من خلال دراسته للمشكلة .

٥- الابتعاد عن إصدار الأحكام النهائية : لا شك أن من أهم خصائص الأسلوب العلمي في البحث التي ينبغي على الباحث التقيد بها ، هي ضرورة التأني وعدم

إصدار الأحكام النهائية ، إذ يجب أن تصدر الأحكام استنادا إلى البراهين والحجج والحقائق التي تثبت صحة النظريات والاقتراحات الأولية .

ـ صفات البحث الجيد:

١ـ العنوان الواضح والشامل للبحث : إن الاختيار المناسب لعنوان البحث أو الرسالة أمر ضروري للتعريف بالبحث منذ الوهلة الأولى لقراءته من قبل الآخرين .
وينبغي أن تتوفر ثلاث سمات رئيسة في العنوان ، وهي:
أ- الشمولية   ب- الوضوح   ج- الدلالة

٢ـ تخطيط حدود البحث : ضرورة صياغة موضوع البحث ضمن حدود موضوعية وزمنية ومكانية واضحة المعالم ، وتجنب التخبط والمتاهة في أمور لا تخص موضوع البحث .
٣ـ الإلمام الكافي بموضوع البحث : يجب أن يتناسب البحث وموضوعه مع إمكانيات الباحث الذي يجب أن يكون ملما بشكل وافي بمجال موضوع البحث نتيجة لخبرته أو تخصصه في مجال البحث ، أو لقراءاته الواسعة والمتعمقة .
٤ـ توفر الوقت الكافي للباحث : ضرورة التقيد بالفترة الزمنية لإنجاز البحث ، على أن يتناسب الوقت المحدد للبحث أو الرسالة مع حدود البحث الموضوعية والمكانية .
٥ـ الإسناد : ضرورة اعتماد الباحث في كتابة بحثه على الدراسات السابقة والآراء الأصلية المسندة ، وأن يكون دقيقا في سرد النصوص وإرجاعها لكاتبها الأصلي ، والاطلاع على الآراء والأفكار المختلفة المتوفرة في مجال البحث .
٦ـ وضوح الأسلوب : يجب أن يكون البحث الجيد مكتوب بأسلوب واضح ، ومقروء ، ومشوق ، مع مراعاة السلامة اللغوية ، وأن تكون المصطلحات المستخدمة موحدة في متن البحث .
٧ـ الترابط بين أجزاء البحث : ضرورة ترابط أقسام البحث وأجزائه المختلفة وانسجامها ، كما يجب أن يكون هناك ترابط تسلسل منطقي ، وتاريخي أو موضوعي .

٨ـ الإسهام والإضافة إلى المعرفة في مجال تخصص الباحث : الباحث الجيد هو الذي يبدأ من حيث انتهي الآخرون بغرض مواصلة المسيرة البحثية وإضافة معلومات جديدة في نفس المجال .

٩ـ توفر المصادر والمعلومات عن موضوع البحث : ضرورة توفر معلومات كافية ومصادر وافية عن مجال موضوع البحث ، وقد تكون هذه المصادر مكتوبة أو مطبوعة أو إلكترونية متوفرة في المكتبات أو مراكز المعلومات أو الإنترنت .

ـ التفكير العلمي :

هو إطار فكري علمي ينتج عن تنظيم عقلي معين ، يقوم على عدد من المراحل التي يسترشد بها الباحث أو الطالب في دراسته ، والأسلوب العلمي يتميز بالدقة والموضوعية ، وباختيار الحقائق اختياراً يزيل عنها كل شك محتمل ، ولا يجب أن يغيب عن الذهن ، أن الحقائق العلمية ليست ثابتة بل هي حقائق بلغت درجة عالية من الصدق ، وتجدر الإشارة في هذا السياق إلى قضية منهجية يختلف فيها الباحث في الجوانب النظرية عن الباحث التطبيقي ، فالأول لا يقتنع بنتائجه حتى يزول عنها كل شك مقبول ، وتصل درجة احتمال الصدق فيها إلى أقصى درجة ، أما الآخر (التطبيقي) فيكتفي بأقصى درجات الاحتمال ، فإذا وازن بين نتائجه يأخذ أكثرها احتمالاً للصدق . ويعتمد الأسلوب العلمي بالأساس على الاستقراء الذي يختلف عن الاستنباط والقياس المنطقي ، حيث يبدأ بالجزيئات ليستمد منها القوانين في حين أن الاستنباط ، يبدأ بقضايا عامة ليتوصل منها إلى الحقائق الجزئية ، غير أن ذلك لا يعني أن الأسلوب العلمي يغفل أهمية القياس المنطقي ، ولكنه حين يصل إلى قوانين عامة يستعمل الاستنباط والقياس في تطبيقها على الجزيئات للتثبت من صحتها ، أي أنه يستعمل التفسير المنطقي الذي يتمثل في تفسير ظاهرة خاصة من نظرية أو قانون ، كما يستخدم الطريقة الاستنتاجية التي تتمثل ، في استخلاص قانون أو نظرية أو ظاهرة عامة من مجموعة ظواهر خاصة .

ويتضمن الأسلوب العلمي عمليتين مترابطتين (الملاحظة ، الوصف) حيث أنه إذا كان العلم يرمي إلى التعبير عن العلاقات القائمة بين الظواهر المختلفة ، فهذا التعبير

هو في الأساس وصفي ، وإذا كان هذا التعبير يمثل الوقائع المتعلقة بالظاهرة فإنه يعتمد على الملاحظة ، ويختلف الوصف العلمي عن الوصف العادي من حيث أنه لا يعتمد على البلاغة اللغوية وإنما هو بالأساس وصف كمي ، ذلك أن الباحث حينما يقيس النواحي المختلفة في ظاهرة أو أكثر ، فإن هذا القياس ليس إلا وصفاً كمياً ، يعتمد على الوسائل الإحصائية في اختزال مجموعة كبيرة من البيانات إلى مجموعة صغيرة من الأرقام والمصطلحات الإحصائية .

ـ خطوات البحث العلمي :

١ – تحديد المشكلة وصياغتها في شكل سؤال أو عبارة واضحة موضوعية .

٢ – جمع المعلومات عنها ،ومراجعة الدراسات السابقة .

٣ – وضع الفروض التي تفسر المشكلة .

٤ – اختبار صحة الفروض .

٥ – الوصول إلى النتائج ومناقشتها .

ـ تصنيف مناهج البحث :

تشتق كلمة " منهج " من نهج أي سلك طريقا معينا ،وبالتالي فإن كلمة" المنهج " تعني الطريق والسبيل ، ولذلك كثيرا ما يقال أن طرق البحث مرادف لمناهج البحث إن ترجمة كلمة " منهج " باللغة الإنجليزية ترجع إلى أصل يوناني وتعني البحث أو النظر أو المعرفة ، والمعنى الاشتقاقي لها يدل على الطريقة أو المنهج الذي يؤدي إلى الغرض المطلوب .

ويحدد المنهج حسب طبيعة الموضوع البحث أو الدراسة وأهدافا التي تم تحديدها سابقا .

ويمكن القول أنها تخضع – كما أشرنا سابقا إلى ظروف خارجية أكثر منها إرادية ويعرف العلماء" المنهج " بأنه فن التنظيم الصحيح لسلسلة من الأفكار العديدة ، إما من أجل الكشف عن حقيقة مجهولة لدينا ، أو من أجل البرهنة على حقيقة لا يعرفها الآخرون .

ومن هذا المنطلق يكون هناك اتجاهان للمناهج من حيث اختلاف الهدف ، إحداهما يكشف عن الحقيقة ويسمى منهج التحليل أو الاختراع ، والثاني يسمى منهج التصنيف .

كما يقر البعض أن المنهج الأكثر استخداما هو المنهج الذي يقوم على تقرير خصائص ظاهرة معينة أو موقف يغلب عليه صفة التحديد ، ويعتمد على جمع الحقائق وتحليلها وتفسيرها واستخلاص دلالتها ، كما أنه يتجه على الوصف الكمي أو الكيفي للظواهر المختلفة بالصورة الحقيقة في المجتمع للتعرف على تركيبها وخصائصها .

والواقع أن تصنيف المناهج يعتمد عادة على معيار ما حتى يتفادى الخلط والتشويش ، وتختلف التقسيمات بين المصنفين لأي موضوع ،وتتنوع التصنيفات للموضوع الواحد ، وينطبق ذلك على مناهج البحث .

وإذا نظرنا إلى مناهج البحث من حيث نوع العمليات العقلية التي توجهها أو تسير على أساسها نجد أن هناك ثلاثة أنواع من المناهج :

١ـ المنهج الاستدلالي أو الاستنباطي: وفيه يربط العقل بين المقدمات والنتائج ، وبين الأشياء وعللها على أساس المنطق والتأمل الذهني ،فهو يبدأ بالكليات ليصل منها إلى الجزئيات .

٢ـ المنهج الاستقرائي : وهو يمثل عكس سابقه ،حيث يبدأ بالجزئيات ليصل منها إلى قوانين عامة ،وهو يعتمد على التحقق بالملاحظة المنظمة الخاضعة للتجريب والتحكم في المتغيرات المختلفة .

٣ـ المنهج الاستردادي : يعتمد هذا المنهج على عملية استرداد ما كان في الماضي ليتحقق من مجرى الأحداث ،ولتحليل القوى والمشكلات التي صاغت الحاضر .

وفي حال تصنيف مناهج البحث استنادا إلى أسلوب الإجراء ،وأهم الوسائل التي يستخدمها الباحث ،نجد أن هناك المنهج التجريبي وهو الذي يعتمد على إجراء التجارب تحت شروط معينة .

ـ أنواع البحوث من حيث مناهجها :

إن طبيعة المناهج المستخدمة في البحث تفرض أيضا تقسيماً آخر لأنواع البحوث ، فيكون تقسيمها كالآتي:

١- البحوث الوثائقية : وهي البحوث التي تكون أدوات جمع المعلومات فيها معتمدة على المصادر والوثائق المطبوعة والغير مطبوعة وكذلك المواد السمعية والبصرية ومخرجات الحاسبة وما شابه ذلك من مصادر معلومات المجمعة والمنظمة . ومن أهم المناهج المتبعة في هذا النوع من الوثائق ما يأتي:

أـ الطريقة الإحصائية أو المنهج الإحصائي .
ب ـ المنهج التاريخي .
ج ـ منهج تحليل المضمون أو تحليل المحتوى .

٢- البحوث الميدانية : هي التي تنفذ عن طريق جمع المعلومات من مواقع المؤسسات والوحدات الإدارية والتجمعات البشرية بشكل مباشر ، وعن طريق الاستبيان والاستقصاء أو المقابلة والمواجهة أو الملاحظة المباشرة ، والمناهج المتبعة في هذا النوع هي ما يلي:

أـ المنهج المسحي .
ب ـ منهج دراسة الحالة .
ج ـ المنهج الوصفي .

٣- البحوث التجريبية : تجرى الأبحاث في هذه الحالة في المختبرات ، ويحتاج هذا النوع من البحوث التجريبية إلى ثلاثة أركان أساسية هي : المواد الأولية التي تجرى عليها التجارب ، والأجهزة والمعدات المطلوبة لإجراء التجارب ، والباحثين المختصين ومساعديهم .

ـ أنواع البحوث حسب جهات تنفيذها :

١- البحوث الأكاديمية : وهي التي تجرى في الجامعات والمعاهد والمؤسسات الأكاديمية المختلفة ، وتصنف إلى المستويات التالية :

أ ـ البحوث الجامعية الأولية : وهي أقرب ما تكون إلى التقارير منها إلى البحوث ، حيث يتطلب من طلبة المراحل الجامعية الأولية خاصة الصفوف المنتهية كتابة بحث للتخرج .

ب ـ بحوث الدراسات العليا: وهي على أنواع منها رسائل الدبلوم العالي ، والماجستير ، والدكتوراه ، التي يتقرر فيها الطالب فترة معينة بعد اختياره لموضوع بحثه ووضع الأسس اللازمة له ، وتعيين مشرف له .

ج ـ بحوث التدريسيين: يتوجب على أساتذة الجامعات والمعاهد كتابة بحوث لغرض تقييمهم وترقياتهم ولغرض اشتراكهم في مؤتمرات علمية .

٢ـ البحوث الغير أكاديمية : وهي بحوث متخصصة تنفذ في المؤسسات والدوائر المختلفة لغرض تطوير أعمالها ومعالجة المشاكل والاختناقات التي تعترض طريقها ، فهي اقرب ما يكون إلى البحوث التطبيقية .

ـ أساليب وطرق البحث :

أولا: المقابلة :

وهي حوار بين الباحث والمفحوص يوجه فيه الباحث أسئلة معينة لجمع بيانات حول الموضوع الذي يبحثه ، ويتم فيها تسجيل المعلومات والبيانات مباشرة من الحالة . ومن عيوبها أنها تعتمد على التذكر ، وهي غير منظمة ، وقد تكون متحيزة غير موضوعية ، ولا يمكن الاعتماد على بياناتها بشكل مطلق .

ثانيا: الملاحظة :

تعتبر الملاحظة أداة أساسية للبحث النفسي ، إذ يستخدمها الباحث في رصد الكثير من الظواهر النفسية ، كما تفيد في جمع البيانات والمعلومات اللازمة لدراسة حالات الشخصية في حالة سوائها أو اضطرابها ، وما يطرأ من تغيرات وتعديلات ، لذلك ينبغي على القائم بالملاحظة أن يقوم أيضاً بالاستعانة بالأدوات التي تساعده على التسجيل الدقيق للمعلومات (أجهزة تسجيل ـ تصوير) أو يعتمد على الكتابة الدقيقة لكل ما يلاحظه أو على كل ذلك ، نشير في هذا المقام أنه في كثير من الحالات يؤدي وجود الأخصائي أثناء الملاحظة إلى تغير من مجريات الأحداث الطبيعية ، لذلك يتم مراقبة الظاهرة السلوكية في غرفة مراقبة خاصة مزودة بكاميرا أو بمرآة يمكن الرؤية من خلالها في اتجاه واحد بحيث يمكن للباحث أن يرى الفرد (المفحوص) دون أن يتمكن هو من مشاهدة الباحث ، ويمكن تقسيم الملاحظة إلى ثلاث .

- **أنواع الملاحظة :**

١ـ الملاحظة العلمية أو الواقعية : وهي تعتمد على زيارة الموقع الذي تحدث فيه الظاهرة لملاحظتها وتدوين المعلومات والمعارف المرتبطة بها .

٢- الملاحظة بالمشاركة: وهى التي تعتمد على معايشة الباحث لمجتمع البحث ، وهى تعتبر من أكثر الأدوات استخداما في الدراسات الأنثروبولوجية ، وقد يستعين بها الباحث النفسي في دراسة بعض الظواهر .

٣ـ الملاحظة العارضة : وهى الملاحظة غير المقصودة التي تحدث بصورة عارضة (بالصدفة) ، كما يحدث في ملاحظة سلوك الأطفال من قبل مشرفة الحضانة مثلاً ، وتنحصر قيمة هذه الملاحظة في اكتشاف مشكلة ما ، أو لفت الانتباه إلى أهمية سلوك ما يحدث بين الأطفال أو بين الكبار .

٤ـ الملاحظة العلمية المقننة : لكن لمنهج الملاحظة العلمية المقننة أهميته الكبرى للبحوث النفسية حيث يتمكن الباحث من رصد الظاهرة على الواقع بعيداً عن المواقف التجريبية المصطنعة ، ولكى تستوفى شروط العلمية والدقة لا بد وأن تتوافر لها الخصائص الآتية: ـ

أـ التحديد : حيث يجب تحديد جوانب السلوك المطلوب ملاحظته أي تحديد الهدف من الملاحظة تحديداً دقيقاً حتى لا تتحول الملاحظة إلى عرضية أو ارتجالية .

ب ـ الموضوعية : حيث أن البحث العلمي يتطلب الموضوعية في رصد الظواهر ، أي عدم تأثر الباحث الملاحظ بالأبعاد الشخصية (المهنة - الاهتمام - القيم - التنشئة ....) في رصد الظواهر ، وهناك العديد من أساليب التحقق من موضوعية الملاحظة منها (تعدد الملاحظين للظاهرة الواحدة ، أو تعدد مرات الملاحظة للظاهرة الواحدة) .

ج ـ التنظيم : لا بد من تنظيم عملية الملاحظة بحيث تحدث بصورة منظمة متتابعة بدون انقطاع ، ويتم تسجيل البيانات أولاً بأول وفقاً لنظام بحيث لا يفقد الباحث المعلومات الهامة التي حصل عليها ، أو تتعرض ملاحظاته للتحريف

أو التشويه ، كما يقصد بالتنظيم أيضاً تحديد السلوك الملاحظ تحديداً إجرائياً ، والبعد عن استخدام المفاهيم المجردة مثلاً (يتصف الطفل بالعناد) .

د ـ الملاحظة عملية غير مباشرة : قد نفسد عملية الملاحظة إذا شعر الأفراد موضع الملاحظة بذلك ، مما قد يؤدى إلى تحريف السلوك واختفاء التلقائية ، لذلك لا بد وأن تتم عملية الملاحظة دون أن يشعر الأفراد بهذا ، وقد يتطلب ذلك استخدام بعض الأدوات مثل (المرآة ذات الوجه الواحد ، أو من خلال تصوير الفيديو وتحليله فيما بعد) .

هـ ـ الفنية : حيث أن عملية الملاحظة عملية فنية ، أي تخضع المادة التي يتم تجميعها على خبرة الباحث وتدربه على رؤية السلوك وتمييزه ، لذلك لا بد من تدريب الباحث على عملية الملاحظة .

ثالثا: دراسة الحالة :

وهي أسلوب ومنهج في نفس الوقت تقوم على دراسة الظاهرة على حالة واحدة وهي تفيد في معرفة أسباب الظاهرة وطرق علاجها .

رابعا: الاختبارات والمقاييس النفسية :

وهي من الأدوات التشخيصية الأساسية تستخدم في علم النفس لقياس الاتجاهات والسمات الفردية ومراقبة التغيرات المزاجية والتأكد من صحة أساليب العلاج التجريبية ، ومن أمثلتها اختبارات الذكاء والقدرات والاختبارات الإسقاطية .

طرق ومناهج البحث في علم النفس :

إن الهدف الأساسي لعلم النفس هو تزويدنا بمعلومات عن سلوكنا يمكن الانتفاع بها ، وبما أن سلوك الإنسان وعملياته العقلية تظهر بأشكال متعددة كان على علماء النفس أن يعتمدوا على عدة طرق لدراسة سلوك الإنسان ونشاطه العقلي والحصول على المعلومات المطلوبة .

ويوجد طرق مختلفة للبحث في علم النفس :

أولا: المنهج الوصفي :

يتناول المنهج الوصفي الظاهرة النفسية (مثل القلق ، الخوف ، التسلط ، الانطوائية ، العدوانية) أو الظاهرة الاجتماعية (دراسة العادات والتقاليد والقيم) ويهدف إلى جمع أوصاف علمية كمية وكيفية عن الظاهرة المدروسة كما تحدث في وضعها الطبيعي ، دون أن يتدخل فيها الباحث ، من أجل توضيح العوامل المتسببة فيها ، والنتائج المترتبة عليها ، ويتم جمع البيانات المطلوبة من خلال عدة أدوات ويتم من خلال عدة أساليب كالملاحظة والمقابلة والاختبارات .

ويتبع المنهج الوصفي طريقتين في الدراسة هما :

أ -الطريقة الطولية :

الدراسة الطولية عبارة عن أحد أساليب البحث التي تقوم بملاحظة مجموعة معينة من الأفراد على مدار فترة زمنية ، وتتجلى فائدة هذا الأسلوب في معرفة مدى تأثير ظاهرة معينة على الأفراد على مدار نطاقات زمنية طويلة ، بيد أن مثل هذه الدراسات يمكن أن تعاني من بعض الضعف بسبب انسحاب الخاضعين للدراسة أو وفاتهم .

ب- الطريقة المستعرضة :

تطبق على عينة كبيرة قد تصل إلى المئات ، ومن فئات عمرية مختلفة ، حيث تتم دراسة نواحي نفسية معينة لدى أفراد العينة ، ومقارنة هذه النواحي بين الفئات العمرية المختلفة ، مما يمكنهم من التوصل إلى نتائج الدراسة في وقت أقل .

ثانيا: المنهج التجريبي :

يعد المنهج التجريبي أدق مناهج البحث في علم النفس .

إن المجرب لا يستطيع - كما هو الحال في الملاحظة القائمة على المنهج الطبيعي - أن ينتظر الظاهرة أو السلوك الذي يرغب في دراسته حتى يتحقق تلقائيا . والملاحظ " الطبيعي" ليست لديه إلا فكرة ضئيلة عن العوامل التي تحكم الظاهرة التي يلاحظها . أنه يستطيع أن يصف السلوك ويسجل شروطه العامة . ولكن عادة ما يقف به الأمر عند هذا الحد .

إن السلوك إنما يخضع لعدد من العوامل ونعني :

١ـ نوع الكائن العضوي ، طفلا أو راشدا أو حيوانا .

٢ـ الخبرة أو آليات التعلم المتحققة من مهارات ومعارف .

٣ـ الوضع الحالي للكائن العضوي ، كأن يكون جائعا أو متعبا .

٤ـ المثيرات ، من قبيل الموجات الضوئية والصوتية التي توجد ضمن أعضائه الحسية . وباختصار فالعوامل المحددة للسلوك هي النضج والتعلم والدافع والموقف .

وينحصر المنهج التجريبي أولا في" تغيير" واحد من هذه العوامل كل على حدة ، مع إبقاء العوامل الأخرى ثابتة على حالها . ثم يتم تسجيل الأثر المترتب على هذا "التغيير" . وعادة ما يتم تحديد نوع الكائن العضوي والخبرات السابقة قبل أن يبدأ التجريب بمعنى الكلمة ومن ثم فإن العاملين الأساسيين اللذين ينصب عليهما" التغيير" أو" الإبقاء في حالة الثبات" في التجربة متى بدأت هما الشروط الفسيولوجية والمثيرات .

ـ ضبط العوامل المؤثرة في التجربة :

١ـ ضبط المثيرات الخارجية والداخلية :

ماذا نعني بالمثير؟ أنه ، من الزاوية السيكولوجية ، يعني أي عامل خارج الكائن العضوي أو داخله ، يتسبب في إحداث نشاط من أي نوع . فجوانب العالم التي لا تبلغ إلى إحداث نشاط لا تعد مثيرات . والمثيرات الخارجية النمطية هي من قبيل الموجات الضوئية والموجات الصوتية والاتصالات اللمسية ـ والمواد ذات الرائحة . أما المثيرات الداخلية النمطية فهي من قبل نواتج التعب ، وانخفاض نسبة السكر في الدم وتزايد الأدرنالين في الدم الخ .

ويتم ضبط المثيرات الخارجية باستخدام حجرات مانعة للصوت أو الضوء ، وأجهزة معينة ، أما ضبط المثيرات الداخلية فيمكن أن يتحقق عن طريق الحرمان من الطعام أو إعطاء الكافيين أو الحقت بالأدرينالين أو استئصال المعدة (منعا لتقلصاتها من أن تعمل المثيرات) .

أو قطع الحبل الشوكي (منعا للحفزات العصبية في الجزء الأسفل من البدن من أن تصل وتثير مراكز عصبية في المخ) ، أو نحو ذلك . ومن الواضح أن وسائل الضبط في مثل هذه الصورة الأخيرة لا يمكن استخدامها إلا مع الحيوان ، وتعد غير ممكنة بالنسبة

للإنسان اللهم إلا في حالات الحوادث أو المرض . وغني عن البيان أنه يتم تخدير الحيوانات تجنبا للإيلام .

٢. ضبط الكائن العضوي :

بالإضافة إلى ما يضطلع به المجرب من" تغيير" المثيرات الخارجية أو الداخلية فإنه يمكن " تغيير" الشروط العامة للكائن العضوي . ومن الواضح أن تغيير المثيرات الداخلية يدخل تحت هذا العنوان . بيد أن بعض إشكال الضبط العضوي لا تعد بشكل مباشر نوعا من ضبط المثير ولنورد بعض الأمثلة :

١- ففي حالة الأشخاص الراشدين كثيرا ما يكون من الضروري خلق تهيؤ أو اتجاه وذلك قبل تقديم المثيرات . ومثال ذلك أن نخبر الشخص أن يتنبه إلى نوع بعينه من المثيرات دون غيره ، وأن يستجيب بطريقة معينة للضوء الأحمر ، وبطريقة أخرى معينة للضوء الأخضر مثلا .

٢- وضبط الكائن العضوي قد يتم أحيانا ثالثة عن طريق استئصال بعض أجهزة البدن مثل بعض الأنسجة العصبية أو الغدد أو أعضاء الحس ، في مثل هذه الحالات التي تقتصر بالطبع على الحيوانات ، تستخدم جماعتان ، تتعرض إحداهما للاستئصال الجراحي بينما تظل الأخرى على حالها .

٣ـ المتغير والتوابع والثوابت :

أـ المتغير المستقل (م م) :

إن العامل الذي نقوم بتغييره أو تنويعه إنما هو المتغير المستقل (م م) في التجربة . ومن المألوف أن يشار إلى هذا الشرط أو ذاك من" شروط - الكائن - العضوي" الذي يتعرض للتغيير أو التنويع على أنه" المتغير المستقل" (م م) في البحث التجريبي .

ولا يمكن أن يكون هناك أكثر من متغير مستقل واحد في تجربة واحدة ، وذلك لأن المجرب الذي يريد أن يتبين العوامل المحددة للسلوك إنما يتحتم عليه أن يتبين التغيرات التي تترتب على عامل ، كل على حدة . فلو افترضنا تغيير عاملين معا فلن يستطيع الباحث أن يتبين إلى أي عامل من العاملين ترجع الآثار الناتجة . وعليه يتحتم

الإبقاء في حالة ثبات على جميع شروط الإثارة وجميع شروط الكائن العضوي فيما عدا المتغير المستقل .

ب ـ المتغيرات التابعة (م ت) :

إن الاستجابات هي المتغيرات التابعة في التجربة . فبالإضافة إلى تغير شرط من شروط الإثارة أو شرط من شروط الكائن العضوي ، مع الإبقاء على بقية الشروط في حالة ثبات ، يضطلع الباحث بملاحظة استجابات الكائن العضوي .

ويمكن تصنيف الاستجابات على الوجه التالي :

١ـ السلوك الخارجي : وهو الذي يستطيع أي ملاحظة أن يتنبه مثل اجتياز طريق في متاهة ، والكتابة على الآلة الكاتبة ، والتحدث ، والضغط على مفتاح ، واحمرار الوجه .

٢ـ النشاط الفسيولوجي الداخلي : مثل تزايد سرعة ضربات القلب ، وازدياد نسبة السكر في الدم ، مما يمكن التأكد منه باستخدام الآلات أو الفحص الكيميائي .

٣ـ التجربة الحية : وهي التي يصفها الشخص ، ويمكن أن نضع تحت هذا النوع أنشطة من قبيل التفكير والإدراك البصري والسمعي ومشاعر الأسى وأحيانا ما يكون المجرب مهتما بوجه واحد من هذه الأوجه الثلاثة ، وأحيانا ما يكون مهتما بها جميعا .

ـ خصائص المنهج التجريبي :

١- التناول أو التغير المنظم للمتغيرات .

٢- الضبط .

٣- إمكانية التكرار .

أولا:- التناول :

المتغير : هو ما تتغير قيمته أو كميته ويمكن قياسه (مثل : الضوء – السلوك) .

المتغير المستقل : هو المتغير الذي يقوم المجرب بتغييره بطريقة منظمة في التجربة .

المتغير التابع : هو المتغير الذي يقيسه المجرب كي يرى كيف تأثر بالتغيير الذي جرى على المتغير المستقل .

المجموعة التجريبية : هي المجموعة التي يقدم لها المتغير المستقل .
المجموعة الضابطة : هي المجموعة التي يقاس فيها المتغير التابع دون تقديم متغير مستقل . وهي تفيدنا بأساس يمكن المقارنة بينه وبين المجموعة التجريبية لمعرفة أثر المتغير المستقل على المتغير التابع .

يجب أن يوجد في كل تجربة على الأقل متغير مستقل ومتغير تابع ،غير أن الطرق الإحصائية جعلت من الممكن أن تتضمن التجربة أكثر من متغير مستقل .

ثانيا- الضبط :

الضبط : هو ضبط المتغيرات المختلفة في التجربة بحيث لا يسمح لمتغير عدا المتغير المستقل التأثير في المتغير التابع .

هناك طريقتان لضبط المتغيرات :

الطريقة الأولى : استخدام المجموعات الضابطة لمقارنة سلوك أفرادها بسلوك أفراد المجموعات التجريبية .

الطريقة الثانية : التصميم التجريبي قبل وبعد : وفيه يقوم بالمقارنة بين سلوك نفس المجموعة من الأفراد قبل تقديم المتغير المستقل لهم وبعد تقديمه .

يلجأ العلماء لعدة طرق لضبط المتغيرات بين المجموعة التجريبية والضابطة :

١ – طريقة الأزواج المتماثلة :

يقوم المجرب بتطبيق اختبار معين الذكاء مثلا على مجموعة كبيرة من الناس ثم يكون أزواجا متماثلة بحيث يضع كل فردين لهم نفس الدرجة في زوج ، وأخيرا يقسم الأزواج بين المجموعتين التجريبية والضابطة ،فيكون أحد فردي أي زوج في المجموعة التجريبية والفرد الآخر في هذا الزوج في المجموعة الضابطة .

ويعاب على هذه الطريقة حاجة المجرب لتطبيق الاختبار على عدد كبير من الناس للوصول للأزواج المتماثلة .

٢ – طريقة المجموعتين المتماثلتين :

يراعي المجرب أن تكون المتوسطات ومدى التشتت للمتغيرات الهامة واحدة في المجموعتين التجريبية والضابطة .

٣ – طريقة المجموعتين العشوائيتين :

عندما يقوم المجرب باختيار مجموعتين عشوائيتين ففي العادة ستكونان متماثلتين لأن الفروق بين الأفراد في المتغيرات الهامة سيلغي بعضها بعضا ، وبذلك لن تكون الفروق بين المجموعتين ذات دلالة إحصائية .

ثالثاً : إمكانية التكرار :

- إن إمكانية إعادة التجربة تحت نفس الظروف تمكن الباحث أو غيره من الباحثين من التأكد من صحة النتائج .
- كما أنها تمكن الباحثين من إعادة التجربة لإجراء بعض الملاحظات بدلا من انتظار حدوثها لوقت طويل .

- خطوات البحث التجريبي :

١- التعرف على المشكلة وتحديدها .
٢- صياغة الفروض واستنباط نتائجها .
٣- وضع تصميم تجريبي يتضمن جميع النتائج وشروطها وعلاقتها ويستلزم ذلك:
٤- اختيار عينة من المفحوصين لتمثيل مجتمعاً معيناً .
٥- تصنيف المفحوصين إلى مجموعات .
٦- التعرف على العوامل غير التجريبية (المتغيرات الداخلية وضبطها) .
٧- إجراء اختبارات استطلاعية لإكمال نواحي القصور في الوسائل .
٨- تحديد مكان إجراء التجربة ووقت إجرائها والمدة التي تستغرقها إجراء التجربة .
٩- تنظيم البيانات الخام واختصارها بطريقة تؤدى إلى أفضل الطرق للتعبير عن هذه النتائج .

١٠ـ تطبيق الطرق الإحصائية المختلفة واختبارات الدلالة المناسبة لتحديد مدى الثقة في نتائج البحث .

وسوف نناقش الخطوات الرئيسية للمنهج التجريبي :

١ـ التعرف على المشكلة وتحديدها : أي تعريف المشكلة تعريفا واضحا ، وكذلك تحديد المصطلحات والمفاهيم الأساسية المرتبطة بموضوع الدراسة .

٢ـ صياغة الفروض : تتضمن هذه الخطوة تحديد العلاقة المفترضة أو الممكنة بين نوعين من الوقائع ، والفروض عبارة عن توقعات لها أساس منطقي يعتمد على ملاحظات الباحث وإطلاعه على الظاهرة موضوع الدراسة ، ولا يمكن القول بأن الفروض صحيحة وليست خاطئة بصورة مسبقة إلا بعد استخلاص نتائج التجربة وهي التي تمثل الفيصل فيما إذا كانت الفرضية صحيحة أم لا .

٣- التجربة : وهي التي يقصد بها التحقق من صحة الفرضية ، عن طريق وضع تصميم تجريبي يتضمن جميع الشروط التنظيمية لإجراء التجارب كضبط المتغيرات الداخلية ، يهدف الباحث من خلالها التحقق من وجود علاقة بين عاملين أو بين مجموعة من العوامل .

٤- استخلاص النتائج من التجربة : وتحليلها وتفسيرها .

٥- وضع وسن القوانين التي تحكم الظاهرة المدروسة : وقد طور الباحثون عدة تصاميم للدراسات التجريبية من أشهرها :

١ـ طريقة المجموعتين التجريبية ٢ـ والمجموعة الضابطة

وفيه تقسم العينة إلى مجموعتين متكافئتين وتطبق الدراسة على إحداهما وتقارن النتائج بينهما .

ـ عيوب المنهج التجريبي :

١ـ لا يمكن استخدامه في جميع أنواع السلوك ،وخاصة إذا كان في التجربة ضرر على الأفراد .

٢ـ الظروف الاصطناعية التي تحدث فيها التجربة تختلف في بعض النواحي عن الظروف الطبيعية فالموقف التجريبي مثلا يؤثر على سلوك الأفراد ،وهذا الأمر يجب أن يؤخذ في عين الاعتبار عند تفسير النتائج أو تعميمها .

ثالثا : المناهج المسحية والميدانية :

يمكن الباحثين من ملاحظة السلوك كما هو في المواقف الطبيعية ، ويستطيع دراسة موضوعات لا يستطيع المنهج التجريبي دراستها .

- الوسائل المستخدمة في المنهج المسحي والميداني :

١- الملاحظة :

- فيها تتم ملاحظة السلوك في الظروف الطبيعية خلال فترات محددة لمدة معينة من الزمن .
- قد يقوم أكثر من باحث بالملاحظة للتأكد من ثبات الملاحظة والتقليل من أخطاء التحيز .
- تسمى الملاحظة طويلة الزمن لتتبع ظاهرة معينة لمعرفة مراحل نموها بالمنهج التتبعي وهو كثير الاستخدام في علم نفس الطفل وعلم نفس النمو .

٢- المقابلة أو الاستخبار :

المقابلة : حديث بين الباحث والمفحوص يوجه فيه الباحث أسئلة معينة لجمع بيانات حول الموضوع الذي يبحثه .

الاستخبار : أسئلة مكتوبة معدة من قبل حول موضوع معين تقدم للمفحوص للإجابة عنها .

تستخدم هاتان الوسيلتان بكثرة في معرفة الرأي العام واتجاهات الناس .

يجب الاهتمام بأمرين :

١ - دقة تمثيل عينة الأفراد الذين تجمع منهم البيانات للمجتمع المراد دراسته .

٢ - دقة الأسئلة وعدم تحيزها .

يستخدم العلماء عدة وسائل إحصائية للتأكد من صدق وثبات المقابلة أو الاستخبار .

٣- الاختبارات :

- تستخدم لدراسة الفروق بين الجماعات أو السلالات .
- لا بد من التأكد من صدقها وثباتها .

الدراسات الارتباطية (دراسة العلاقة بين متغيرين) :

الفرق بين المنهج التجريبي والمنهج المسحي في دراسة العلاقة بين متغيرين :

المنهج التجريبي	المنهج المسحي
يتحكم الباحث في المتغير المستقل ويلاحظ ما يحدث في المتغير التابع - يحدد أي المتغير هو السبب وأيهما النتيجة	يلاحظ الباحث العلاقة بين المتغيرين كما هما موجودان في الطبيعة ويحاول أن يحدد هذه العلاقة بالأساليب الارتباطية - لا يمكن من خلاله معرفة أي التغيرين السبب وأيهما النتيجة

رابعا : المنهج الإكلينيكي :

لفظة "كلينيكي" مشتقة من اليونانية حيث "كلينيكوس" "تعني مختلف أوجه العلاج الطي التي تبذل للمريض في فراشه وحيث "كليني" يعني الفراش وحيث "كلينـاين" يعـني يضطجع . ولكن هذه اللفظة قد اتسع معناها فنحن نجدها أولا تسير إلى هذا الفن الـذي ينصب في استجواب وفحص وملاحظة المرضى وإجراء التشخيص لهـم ، واستـشفاف التطور المقبل للمرض ، وتحديد العلاج اللازم له .

تعريف المنهج الإكلينيكي : هو ذلك الفرع من فروع علم النفس الذي يتناول بالدراسة والتحليل سلوك الأفراد الذين يختلفون في سلوكهم اختلافاً كبيراً عن غيرهـم مـن الناس مما يدعو إلى اختبارهم أو غير أسوياء أو منحرفين وذلك بقصد مـساعدتهم في التغلب على مشكلاتهم وتحقيق تكييف أفـضل لهـم ، والمنـهج الإكلينيكـي في علم النفس يختلف عن المنهج التجريبي والمناهج الأخرى لأن المنـاهج الإكلينيكيـة هي مناهج موجهة إلى الفرد أي أنها تتجه إلى دراسـة الحقـائق الـسلوكية الخاصـة بفرد معين وتقييم دوافعه وتوافقه فهو يهدف إلى تشخيص وعلاج من يعانون من مشكلات سلوكية واضـطرابات تـشبه ويـذهبوا إلى العيـادات النفـسية يلتمـسون النصح والتوجيه والعلاج ، فهذا المنهج يحدد العوامل التي أدت إلى هذه الحالات المرضية ثم يضع خطة للعلاج بناء على درجة هذه العوامل المؤدية إلى المرض كما أنها تـضع طـرق الوقايـة مـن هـذه الأمـراض النفـسية ، وفى هـذا المنـهج يقـوم

الأخصائي النفسي بإجراء وتطبيق اختبارات مختلفة على الفرد مثل اختبارات القدرات الخاصة والذكاء والشخصية كما يقوم بدراسة حالة الشخص المريض وذلك بجمع بيانات متعلقة بأسرته والتاريخ التطوري للحالة وبداية المرض والاضطراب ، كما يقوم الأخصائي النفسي بالمقابلة الشخصية للمريض حتى يحصل على بيانات مختلفة عن حياة الشخص الذي يعاني اضطراباً نفسيا .

- الجوانب التي ينبغي للباحث أن يجمع البيانات عنها :

١- النمو الجسمي: ويتناول صحة الفرد وما تعرض له من أمراض من ذكر مراحل نموه تفصيلاً (متى استطاع الكلام والحركة وغيرها) وتحديد نواحي التفوق أو الضعف البدني .

٢- التكيف المدرسي : ويتناول الأساليب التي يسلكها التلميذ في المواقف المدرسية المختلفة ومدى طاعته للنظام المدرسي وأسلوب معاملته للرفاق ومدى تقدمه الدراسي .

٣- العلاقات الأسرية : ويقصد بها دراسة الحالة من حيث تكوين الأسرة وطبيعة العلاقة بين أفرادها ومعاملته لأفراد الأسرة للحالة المراد دراستها .

٤- القدرات العقلية : لأن من خلال إجراء الاختبارات المختلفة نتعرف على استعداد العقل ونواحي القصور والتفوق وميوله واتجاهاته .

٥- التوافق النفسي والاتزان الانفعالي : مثل استجابات الفرد الانفعالية إزاء العوائق والصعاب التي تواجهه ومواقف الإحباط التي تعرض لها .

- أهمية المنهج الكلينيكي :

من المعلوم أن علم النفس قد أحرز منذ بداية القرن العشرين تقدما هائلا في طرائقه التجريبية التي تعتمد على القياس والتقنين والمعايير ، حتى أننا لنجد اليوم ما يزيد عن الألفين من مختلف المقاييس والاستخبارات وسلالم التقويم ولكن على الرغم من تعدد هذه المحاولات وتباينها فإنها تظل قاصرة أمام تعقد الكائن البشري وثراء بنيته ومن ثم عن الإمساك بشخصيته وفهمها . فالمقاييس والاستخبارات وإن اتسمت بالتقنين الكمي الذي يكسبها مظهر الدقة الموضوعية ، وما إلى ذلك من أشكال الصنعة

العلمية ، وذلك بالتقنين الكمي الذي يكسبها مظهر الدقة الموضوعية ، من حيث أنها تقدم النتائج في أرقام يسهل مقارنتها بالرجوع إلى الدراسات الإحصائية ، فإنها مع ذلك تقتصر على تحديد هذا الوجه أو ذاك من الأوجه الجزئية للشخصية ، تمسك به "ها هنا وفي اللحظة الحاضرة" دون أن تقيم حسابا للشخصية من حيث هي وحدة كلية حالية ووحدة كلية زمنية وقوى تتمخض صراعاتها عن محصلات هي المسالك والميكانيزمات الدفاعية .

فإن هذه الطرائق القياسية حين تريد أن تبلغ إلى نظرة إجمالية عن الشخصية فإنها تلتجئ إلى رص وإضافة هذه الأوجه بعضها إلى بعض وكأن الشخصية لا تعدو أن تكون مجرد حاصل جمع لهذه الأوجه .

ـ مسلمات المنهج الإكلينيكي :

فالمنهج الإكلينيكي يعني اليوم الدراسة العميقة للحالات الفردية بصرف النظر عن انتسابها إلى السوية أو المرض .

وثمة مصادرات ثلاث يستند إليها المنهج الإكلينيكي :

أ ـ تستند المسلمة الأولى : إلى التصور الدينامي للشخصية بمعنى أن ننظر إليها وإلى المسالك التي تصدر عنها على أنها نتاج تفاعل الأجهزة المختلفة أو قل نتاج الصراع ما بين القوى المختلفة . فالدراسة السيكولوجية للشخص ليست في الواقع غير دراسة لصراعاته .

فكل كائن بشري بل وكل كائن حي يوجد دائما في موقف صراع . فليست الحياة غير سلسلة متصلة من الصراعات ومحاولات حلها ، أو قل من ضياع الاتزان ومحاولة إعادة الاتزان . والكائن المتكيف هو الذي يستطيع أن ينهي وصراعاته بمعنى أنه يزيل توتراته ويشبع حاجاته .

ب ـ وتنحصر المسلمة الثانية : في النظر إلى الشخصية كوحدة كلية حالية . فقد كانت العناية في البداية تقتصر على مجرد الأعراض الخاصة بالمرض في انعزال عن الشخصية ، وكأن هذه الأعراض لا تنتسب إلى شخص بعينه يعيش في بيئة بعينها .

أما المنهج الإكلينيكي اليوم فليس للأعراض عنده من دلالة أو معنى إلا بالرجوع للوحدة الكلية للشخصية في صلتها بالعالم . ومعنى هذا أن النظرة الإكلينيكية لا تقتصر على قطاع أو قطاعات سلوكية بعينها وإنما تضع موضع الاعتبار كافة الاستجابات التي تصدر عن الشخص من حيث هو "كائن عياني مكتمل مشتبك في موقف" . ومهمة الإكلينيكي تنحصر في محاولة تحديد مكان هذا السلوك أو هذا العرض ضمن وحدة الشخصية ككل ، بمعنى أنها تحدد دلالته ووظيفته .

ج ـ أما المسلمة الثالثة : فتنصب على الشخصية كوحدة كلية زمنية . فاستجابة الشخصية بإزاء موقف مشكل إنما تتضح في ضوء تاريخ حياة الشخص بل واتجاهه بإزاء المستقبل . فالتشخيص يستهدف الإمساك بلحظة من لحظات تطور الكائن البشري .

يترتب على هذه المصادرات أن يشتمل المنهج الإكلينيكي بالضرورة على ركيزتين :

١- الركيزة الأولى : هي ملاحظة السلوك على نحو يسمح بتبين الوحدة الكلية الحالية للشخصية في استجابتها للموقف النوعي الذي هو موقف الفحص .

٢- الركيزة الثانية : هي الحديث الذي يتيح لنا من المعطيات التاريخية ما يسمح بتحديد مكانة المعطيات الحاضرة من إطارها التاريخي .

ويستخدم المنهج الإكلينيكي – في دراسة حالة فردية بعينها ، فهو يستخدم أساسا لأغراض عملية ، ونعني من أجل تشخيص وعلاج مظاهر الاختلال التي تحمل الشخص على الذهاب إلى الإكلينيكي .

ولكن هذا لا يمنع من وجود هدف علمي .

فإن دراسة العديد من الحالات الفردية ومقارنتها بعد ذلك يمكن أن تمدنا بمعلومات لها قيمة عامة . ولكن الذي يعنينا ها هنا قبل كل شيء هو أن نتبين نوع المعطيات التي يسعى الإكلينيكي للحصول عليها ليقيم منها تشخيصه للحالة .

صحيح أن الإكلينيكي قد يستعين بالاختبارات المقننة هذه التي تنتمي إلى المنهج التجريبي والتي تعينه على تحديد المشكلة التي أمامه . فلو كان هنالك مثلا طفل متعثر في دراسته فقد يكون ذلك راجعا لضعفه العقلي ، أو لضعف سمعه ، أو لبطئه في

الاستجابة الخ . في مثل هذه الحالة يكون القياس عن طريق الاختبارات المقننة هو الوسيلة اليقينية لتحديد طبيعة المشكلة ومعرفة ما إن كانت ترجع إلى الضعف العقلي أو ترجع إلى قصور حسي أو حركي أو إلى غير ذلك من أشكال القصور العضوي .

ولكن مثل هذه المشكلة يمكن أن ترجع - كليا أو جزئيا - إلى عوامل أخرى من قبيل نقص التدريب الباكر ، أو سوء الظروف المدرسية ، أو اختلال البيئة المنزلية ، أو العلاقات الاجتماعية المعوقة .

وبديهي أن المعلومات الخاصة بمثل هذه العوامل يمكن الحصول عليها عن طريق دراسة تاريخ الحالة Case History وعادة ما يتم بناء ماضي الشخص في صورة تاريخ حياة Biography . والمطيات الخاصة بتاريخ الحياة يتم الحصول عليها عن طريق المقابلة الشخصية (المقابلة) Interview مع الشخص موضوع الدراسة وأحيانا ما تعتمد إلى بعض أفراد بيئية . وكثيرا ما يستعان بأخصائيين اجتماعيين للحصول على معلومات عن الظروف الاجتماعية الحالية للشخص .

وعادة ما يجد الإكلينيكي في نتائج الاختبارات المقننة ، وفي معطيات تاريخ الحياة . والمعلومات عن الوضع الاجتماعي الراهن للفرد ما يسمح له بتشخيص الأسباب المسئولة عن الاضطراب ، واقتراح وسائل التقويم لإختلالات السلوك .

وعلى الرغم من أن إحدى هذه الوسائل الثلاث قد تكون أكثر ملاءمة من غيرها في دراسة بعض المشكلات السيكولوجية فإن غالبية الحالات تتطلب الاستعانة بهذه الوسائل الثلاث جميعها .

وهكذا فإن المنهج التجريبي والمنهج الإكلينيكي والملاحظة الطبيعية كلها تدخل في البحث السيكولوجي وتلزم له . ولنتناول الآن المنهج الإكلينيكي من حيث نشأته وخصائصه وعلاقته الوثيقة بعلم النفس المرضى .

لقد نشأ المنهج الإكلينيكي من الائتلاف ما بين تيارين هما : علم النفس الطبي وعلم النفس التطبيقي القياسي النزعة . ذلك أن المرض حالة يستحيل استحداثها تجريبيا من حيث المبدأ ، ومن هنا كانت ضرورة الالتجاء في تناولها إلى منهج خاص هو المنهج الإكلينيكي .

ويتميز علم النفس الإكلينيكي من حيث موضوعه ومنهجه وأهدافه :

- فمن حيث الموضوع : نجد أن موضوع علم النفس الإكلينيكي هو الدراسة المركزة العميقة لحالة فردية ، أي دراسة الشخصية في بيئتها . وعلم النفس الإكلينيكي يمكن أن يمتد بالدراسة أيضا إلى جماعات صغيرة ، فهو يدرس الجماعة من حيث هي حالة فردية .

- ومن حيث المنهج : تضطلع الملاحظة بالدور الرئيسي في الدراسة الإكلينيكية . ولكن علم النفس الإكلينيكي يميل بصورة متزايدة إلى أن يأخذ صورة المنهج الإكلينيكي المسلح بالمقاييس المقننة ، حاصرا مع ذلك اهتمامه في الوحدة الكلية لاستجابات كائن بشري عياني برمته في اشتباكه بموقف . ومعنى ذلك أنه يتناول الشخص من حيث هو وحدة كلية حالية وزمنية في موقف .

- أما من حيث الأهداف : فنجد من الزاوية العملية أن الشخص كما يتقبل الفحص فلا بد وأن يجد في نفسه ما يدفعه إلى ذلك ، وبالتالي فهو حامل مشكلة . ومن هنا تكون الأهداف العملية هي الاستشارة أو العلاج أو إعادة التربية . ومن الزاوية العلمية نجد أن الأهداف العملية لا يمكن أن تتحقق إلا بالاستناد إلى معارف علمية سابقة . فالتشخيص ينحصر في الإمساك بالدلالة الخاصة التي تتخذها علاقة الشخص بالبيئة .

وإذا كان العلم لا يكون إلا بما هو عام ، فإن ذلك يتضح من الصلة ما بين الدراسة الإكلينيكية والدراسة التصنيفية . فالمنهج الإكلينيكي يعمل ضمن إطار حددته من قبل الدراسة التصنيفية ، ولكنه يسعى في ختام عمله إلى أن يعالج بالطريقة الإحصائية النتائج التي يصل إليها .

بدأ استخدام هذا المنهج في دراسة وتشخيص الاضطرابات والأمراض النفسية ، ومظاهر الانحراف ووصف العلاج لها . حيث أصبح وسيلة جيدة للبحث النفسي لدراسة طبيعة السلوك والشخصية وصراعاتها ومحاولة فهم الصراع وعوامله والأسباب الكامنة وراءه ومن أساليب المنهج الإكلينيكي المقابلة والملاحظة والاختبارات ... الخ .

يقوم المنهج الإكلينيكي على :

أ- الفحص الطبي: ويقوم به الطبيب .

ب - دراسة تاريخ الحالة: يحتاج الأخصائي في علم النفس وخاصة الإكلينيكي إلى معرفة الخبرات الماضية التي مرت على الفرد لفهم ما يجري معه الآن ، وعندئذٍ يكون مهتماً بعدد من الخبرات الطفولية للفرد ووضعه العائلي ومركزه في العائلة وطريقة تنشئته والأمراض التي أصيب بها والخبرات المهمة في حياته وما إلى ذلك من أمور .

ج - الاختبارات النفسية: وهذه الأدوات ضرورية لاستكمال المعلومات التي لا يمكن الحصول عليها بطرق أخرى .

د - وبعد ذلك يتم: تشخيص الحالة ووضع التصميم العلاجي المناسب لها .

- مميزات الأخصائي الإكلينيكي :

١- أن يكون على قدر من الاهتمام بالآخرين والرغبة في معاونتهم دون أن تكون لديه الرغبة في السيطرة عليهم وتوجيههم وجهات معينة .

٢- ينبغي أن يكون على قدر كبير من الاستبعاد بدوافعه ومشاعره وحاجاته ورغباته كما يمكنه السيطرة على مخاوفه وأن يستطيع تفادى أثرها على عمله .

٣- أن يكون على قدر كافي من التسامح فلا يشعر بالبداوة نحو الآخرين أو نحو الجماعات الدينية أو الجماعات المختلفة .

٤- أن يكون على قدر من تكامل الشخصية والسيطرة على نفسه وعلى قدر كبير من الثقة بالنفس .

٥- أن يكون على قدر عالي من الثقافة والقدرة على التحصيل الأكاديمي والعطاء والذكاء الاجتماعي وأن يتصف بالمرونة والقيادة والإبداع .

٦- أن يكون على علم بما يتعلق بفروع علم النفس ودراساته والاطلاع على البحوث في مختلف الميادين .

- هو المنهج الذي يستخدمه المختص النفسي في دراسة المشكلات الشخصية للأفراد الذين يزورون العيادة النفسية .

- يجمع بيانات تفصيلية عن تاريخ حياة الفرد وظروف تنشئته وعلاقاته عن طريق مقابلة الفرد أو من تربطهم علاقة به ومن خلال الاختبارات النفسية .

- من خلال البيانات يتم تشخيص المشكلة ووضع البرنامج لعلاجها .
- استخدمت دراسة الحالة في دراسة السلوك الشاذ والشخصية الشاذة ، فهي تفيد في معرفة أسبابها والطرق الفنية في المقابلة الإكلينيكية وطرق العلاج .
- من خلال هذا المنهج وضع فرويد نظريته عن الشخصية ،ووضح دور الصراع اللاشعوري في توجيه سلوك الأفراد ،وأهمية الأحلام في التعبير عن الرغبات ،وأهمية السنوات الخمس الأولى في حياة الطفل في توافقه فيما بعد .

ـ مزايا المقابلة الإكلينيكية :

١ - تساعد على ملاحظة الفرد ككل لفترة طويلة مما يساعد على الكشف عن ظروف أثرت في شخصيته يصعب الكشف عنها بغير هذه الطريقة .
٢ - تعتبر مصدر هاما لتكوين الفروض التي يتم التحقق منها فيما بعد بطرق أخرى .

ـ عيوب المقابلة الإكلينيكية :

١ـ المعلومات التي تمدنا بها تفتقر للدقة والضبط .
٢ـ تتأثر المعلومات بذاتية الباحث .
٣ـ من الصعب فيها معرفة السبب والنتيجة في السلوك الملاحظ .
٤ـ القيمة العلمية للمنهج الإكلينيكي ومستقبله .

لقد تعرض علم النفس الإكلينيكي للكثير من الانتقادات ، ولعل من أهمها ما يلي :

١- إن النزعة الإكلينيكية لا تستهدف العلم ، وإنما هي فن يتجه إلى التطبيق . بيد أن عمل الإكلينيكي إنما يكون من الفاعلية بقدر ما يستند إلى أساس عقلي منطقي صحيح على نحو ما أوضحنا .
٢- والنزعة الإكلينيكية بعد ذلك في رأي البعض هي حدسية في طابعها . ولكن هذا النقد يستند إلى ما يتوهم هذا البعض من أن اليقين العلمي ليس له غير أنموذج واحد هو الفيزيائي الرياضي . إن العلم لا يقوم على استقراء معمم لحالات

كثيرة ، وإنما يرتكز بالأحرى على استقراء مركزي لعدد من الحالات يمسك بنمط العلاقة الأساسية للظاهرة موضوع الدرس . هذا إلى أن المنهج الإكلينيكي في صورته المسلحة يستعين بالمقاييس المقننة .

٣- والنزعة الإكلينيكية تقتصر في رأي البعض على الحالات الفردية ؛ ولكن الحالات الفردية في الحقيقة هي جزء من "عينة" تسمح بالتعميم وباستخدام الوسائل الإحصائية ومن هنا يضيف البعض أن النزعة الإكلينيكية لا تسمح بالتنبؤ .

خامسا : المنهج الاستبطاني :

وهو يعنى أن ينظر الإنسان داخله ليحدد ما يدور فيها ، فجوهر هذا المنهج هو الملاحظة الذاتية ، حيث يقوم الفرد بملاحظة ذاته ، وينقسم في ذات الوقت إلى ملاحِظ وملاحَظ ، فهو الذي يرصد ما يدور بداخله من أفكار ومشاعر وانفعالات ، وهو الذي يحدثنا عنها بصدق أو بدون صدق ، لذلك كانت هناك الكثير من المحاذير المرتبطة بهذا المنهج ، لكنه من الجدير بالذكر أن هذا المنهج قد لعب دوراً هاماً في البحوث والدراسات قبل ظهور المنهج العلمي ، وما زال لهذا المنهج أهميته وضرورته في دراسة بعض الظواهر النفسية ، كذلك كان أساساً للعديد من الأدوات والمقاييس النفسية خاصة في دراسة الشخصية وأبعادها المختلفة .

- سلبيات المنهج الاستبطاني :

- لا يصلح هذا المنهج للأطفال الصغار أو بعض فئات من ذوى الحاجات الخاصة (التخلف العقلي مثلا أو ذوي صعوبات في التكلم (البكم) لانتفاء القدرة على التعبير لفظيا) .
- انقسام الفرد إلى ملاحظ وملاحظ قد يصرف انتباهه عما يلاحظ داخل نفسه ، أو يضعف تعبير المشاعر عن الموقف المرتب بها .
- قد لا يكون الفرد صادقاً في التعبير عما يشعر به حقيقة بقصد عدم قدرته على مواجهة ذاته ، أو بغرض تزييف الاستجابة .

- إيجابيات منهج الاستبطان :

- أنه من أقدم الطرق التي استخدمت في البحوث ، كما اعتمدت عليه الكثير من النظريات والآراء .
- قامت الكثير من الاختبارات النفسية على أساس هذا المنهج خاصة في دراسة الشخصية وقياس خصائصها وسماتها .
- يعتبر المنهج الوحيد لدراسة بعض الظواهر ، مثل دراسة الأحلام مثلاً ، فضلاً عن هذا ، فإن الإجابة على غالبية الاستخبارات التي تقيس الشخصية تعتمد على استبطان الفرد لذاته ، كذلك المقابلة التي تعتمد على ما يقرره الفرد عن ذاته .

سادسا : منهج التحليل النفسي :

لقد طور فرويد تدريجيا تكنيكا لمساعدة المريض على استعادة الخبرات "المنسية" هو التداعي الحر .

فهذا التكنيك بالإضافة إلى ملاحظات المحلل وتفسيراته لسلوك المريض يمثل "منهج التحليل النفسي" .

ولنرجع إلى فرويد نفسه يصف لنا طريقته في التداعي الحر إذ يقول : " فبعد أن كنت أحفز المريض إلى أن يذكر شيئا عن موضوع بعينه ، أصبحت أطلب منه أن يستسلم لعملية تداع حر ، أعني أن يذكر كل ما يخطر بذهنه ، على أن يتجنب أي توجيه شعوري لخواطره ولم يكن بد ، مع ذلك ، أن يلتزم المريض بذكر كل شيء يخطر بباله حرفيا معرضا عن الاعتراضات النقدية التي من شأنها أن تستبعد بعض الخواطر بحجة عدم أهميتها أو عدم مناسبتها أو بحجة ألا معنى لها" .

ولا حاجة بنا أن نلح في مطالبة المريض صراحة بضرورة توخي الصدق في تسجيل خواطره ، طالما قد أوضحنا له أن ذلك هو الشرط الأساسي في العلاج التحليلي بأسره . قد يبدو عجيبا أن طريقة التداعي الحر هذه التي هي تطبيق للقاعدة الأساسية في التحليل النفسي ، قد حققت ما كان ينتظر منها ، أي نقل الأمور المكبوتة التي كانت تحتجزها المقاومات إلى الشعور .

لقد تخرج فرويد في الطب ، ومارس البحث العلمي لفترة طويلة في مجال طب الجهاز العصبي ومجال الفسيولوجية ، وله مكتشفات هامة لا زالت حتى الآن دليلا على

أنه كان من كبار الباحثين في هذين المجالين ، ولا يخفى على أحد أن المنهج التجريبي الصارم هو عماد البحث فيهما .

فقد ظل (فرويد) يبحث في تشريح النخاع الشوكي بمعهد الفسيولوجية في فينيا قرابة ست سنوات أسفرت عن نتائج علمية من الدرجة الأولى ، ثم قضى بضع سنوات أخرى يبحث في تشريح المخ وأمراضه فاكتشفت مرض (الشلل الشبيه بالرقاص) ، وأفرد له مكانا في المصنفات الإكلينيكية .

وقام بدراسته من النواحي التشخيصية والتشريحية والعلاجية - فضلا عن اكتشافاته في النخاع المستطيل ، ثم اكتشافه الإكلينيكي لما يعرف في الطب العصبي .

وقد أصبحت هذه الاكتشافات جميعا جزءا من التراث الطبي خلدت اسم (فرويد) في ميدان الأمراض العصبية العضوية .

ولهذا فقد كان فرويد" أحد أقطاب الطب الذين وجهت إليهم الدعوة ليكتبوا سيرهم العلمية ، لكي تجمع في كتاب يمثل غاية ما أحرزه الطب من تقدم" .

إلا أننا ينبغي أن نؤكد أن التثبيت على فكرة أن المنهج التجريبي هو المنهج العلمي الوحيد إنما يعتبر ضربا من التفكير الجامد الذي لا يوافق عليه علماء المناهج أنفسهم فضلا عن علماء التخصصات العلمية المختلفة وغيرهم من الباحثين والمفكرين الذين يتصفون بالمرونة والواقعية . إذ يرى كل هؤلاء - على نحو ما سبق أن ذكرنا في تعريفنا للمنهج العلمي - أن المنهج العلمي يختلف باختلاف العلوم ، وأن لكل علم منهجه الخاص الذي تفرضه طبيعة موضوعه .

فعلماء الفلك - على سبيل المثال - لم يستطيعوا حتى الآن تطويع ظواهرهم للمنهج التجريبي ، ومع ذلك فإن ما توصلوا إلى اكتشافه من حقائق وقوانين خاصة بظواهرهم تصل إلى حد كبير من الدقة والصدق ، وليس بيننا من يصف حقائقهم بالزيف لأنها لا تخضع للتجريب .

يقول مصطفى زيور : " كل فتح علمي كبير يقتضي ابتكار منهج جديد ملائم لموضوع البحث فما كان يمكن الكشف عن عالم الجراثيم وخصائصه دون ابتكار الميكروسكوب ثم ابتكارات باستور المشهورة في البكتريولوجيا" .

وما كان التحليل النفسي أن يصل إلى ما وصل إليه من اكتشافات حاسمة في ميدان الأمراض النفسية والعقلية دون ابتكار منهج التداعي الحر وهو منهج لغوي .

وقد أقام الفيلسوف الفرنسي دالبيىز في رسالته المعروفة منهج التحليل الفرنسي ومذهب فرويد ، الدليل الحاسم - من وجهة نظر فلسفة العلوم ومناهج البحث - على صدق منهج التداعي الحر واتصافه بكل مقتضيات البحث المنهجي العلمي .

خلاصة القول إذن أن التطرف في التعصب للمنهج التجريبي ليس مبنيا على أساس من الفهم السليم لطبيعة المنهج العلمي ووظيفته .

ومع كل هذا فلا بد من الإشارة إلى أنه عندما نتمكن من إخضاع بعض كشوف التحليل النفسي للمنهج التجريبي يبث صدقها فسهولة استعادة الاستجابة المنطقية على نحو ما تبدو من تجارب علماء النفس السلوكيين ليست إلا تعبيرا واضحا عن ظاهرة التثبيت التي اكتشفها التحليل النفسي .

وفي إحدى التجارب نوم برنهايم رجلا نوما مغناطيسيا ثم أمره أن يفتح مظلة في قاعة العرض بعد أن يصحو بخمس دقائق . ففعل الشخص ما أمر به دون أن يعرف شيئا مما حمله على فعله هذا .

مما يؤكد لنا موضوعية وجود عمليات نفسية لا شعورية على نحو ما أكدته كشوف التحليل النفسي . ولقد قضي كاتب هذا المقال زهاء تسع سنوات في بحثين عن سيكولوجيا الحوادث وسيكولوجيا العامل المشكل في الصناعة مستخدما أساليب المنهج التجريبي الإحصائي وضوابطه ، فإذا به يلتقي في نتائج هذين البحثين النهائية مع ما انتهى إليه التحليل النفسي بمنهجه الخاص من كشوف وتفسيرات لديناميكيات الحياة النفسية .

هذا ويوجه إلى منهج التحليل النفسي مأخذ ثان هو أنه لا يمكن لمشاهد آخر بخلاف المحلل أن يلاحظ كيف تجري عملية التحليل داخل جلسات العلاج ، ويستتبع ذلك صعوبة الاطمئنان والتأكد من موضوعية استنتاجات المحلل واكتشافاته .

والواقع أن هذا الانتقاد لمنهج التحليل النفسي لا يرجع لضعف لصيق بالتحليل النفسي كمنهج للبحث أو العلاج .

إن طبيعة الجلسة التحليلية هي التي تحتم ذلك ، فهذه الجلسة تفقد طابعها الخاص بل وتكاد تمتنع لمجرد وجود مشاهد مع المحلل .

فالمريض في مثل هذه الحالة سوف يتردد في البوح بمكنونات نفسه نظرا لعوامل الخجل والخوف والشك التي ينجح المحلل في استبعادها أثناء حضوره ، ولكن يصعب عليه ذلك في حالة حضور شخص آخر في جلسة التحليل : والحقيقة أن المحللين يأسفون أشد الأسف لهذا القيد الذي تحتمه طبيعة جلسة التحليل النفسي ولا يجدون مفرا منه ، فهو يحرمهم من إثبات بعض حقائق التحليل النفسي ومكتشفاته الهامة أمام الغير ، لكن ما يجب أن نؤكده هو أن هذا الموقف لا ينفي موضوعية ما يصل إليه التحليل النفسي من كشوف نتيجة لما يدور في هذه الجلسات .

إن الذين ينكرون الموضوعية هنا إنما يفهمون الموضوعية في العلم قاصرة فقط على معنى ما يمكن إثباته أمام الغير ، بل هي تشمل أيضا تلك الحقائق الصادقة التي لا يمكن إثباتها إلا من جانب شخص واحد هو المعنى فقط . ونحن ما لم نسلم بذلك فسوف نعجز عن الدراسة العلمية لكثير من الظواهر وننصرف عنها .

ولكن مما يجدر ذكره – بهذا الصدد – أن التحليل النفسي وصل إلى أهم كشوفه أو دلل عليها خارج جلسات التحليل النفسي من المرضى والأسوياء على حد سواء ، ثم طبقها ولاحظها سافرة ومضخمة داخل هذه الجلسات ففرويد لم يكف عن مطالبة الناس بالخلو إلى أنفسهم بمثل ما كان يفعل هو محاولين مكاشفه أنفسهم وتحليل هفواتهم وأحلامهم وسلوكهم ليتأكدوا من صدق ما وصل إليه .

كما أقام الدلائل الكثيرة من حالات سوية ومرضية في العلم البدائي وفي العلم المتحضر على صدق ما جاء به من كشوف واستنتاجات . ونجد ذلك شائعا في معظم كتاباته وخاصة في كتبه الثلاثة " تفسير الأحلام" و" علم النفس المرض للحياة اليومية" و"محاضرات تمهيدية في التحليل النفسي" .

هناك انتقاد ثالث يوجه إلى منهج التحليل بدعوى أنه أتي بكشوفه واستنتاجاته من دراساته للمرضى النفسيين وقام بتعميمها على الأسوياء مما أوقعه في خطأ منهجي كبير .

إن الذين يزعمون هذا الزعم ليسوا على وعي كاف بتطور نشأة التحليل النفسي وتاريخ مكتشفاته .

كثيرا ما يوجه انتقاد رابع إلى منهج التحليل النفسي يوحي إلى مريضه بالأفكار التي يبحث عنها المحلل ، فيلجأ المريض إرضاء لمحلله إلى الانسياق وراء الإيحاءات والاستجابة لها .

لا شك أن هذا الانتقاد افتراء واضح على التحليل النفسي . ويعلم دارسو التحليل النفسي أن القاعدة الأساسية لعملية التحليل هي عدم الإيحاء للمريض بأي شيء سوى أن يذكر المريض كل ما يرد على باله أثناء الجلسة دون انتقاء أو استبعاد أو خوف أو خجل . ويزداد المحلل حيطة فلا يشير إلى مريضه بتفسير ما وصل إليه لعرض أو حلم أو أي سلوك حتى تكشف متداعيات المريض نفسه للمريض نفسه حقيقة الأمر . فإذا بالمريض نفسه يقوم بالاعتراف بها والوصول إلى تفسيرها .

وقد يقتضي الأمر من المحلل الذي غالبا ما يصل إلى التفسير والفهم قبل المريض ، أن ينتظر لعدة جلسات حتى يصل المريض نفسه إلى التفسير والفهم . بل إن سرعة المحلل في تقديم التفسير قبل أن يصل إليه المريض بنفسه أو قبل الوقت المناسب والذي يكون فيه المريض على وشك الوصول إلى التفسير ، نقول إن سرعة المحلل في تقديم التفسير في هذه الحالة مضر بسير عملية التحليل بل أنه يهدد بإفسادها وقطعها تماما .

ويمكننا أن نزيد على ذلك ما هو معروف من أن المحللين النفسيين إذا تبين لهم أن مرضاهم يقرؤون في التحليل النفسي فإنهم ينصحونهم بتأجيل ذلك حتى ينتهون من عملية تحليلهم تماما والسبب الأساسي لموقف المحللين هذا خشيتهم أن يقوم ما هو مكتوب في التحليل النفسي بالإيحاء ولو غير المباشر إلى المرضى بما ينبغي عليهم أن يذكروه أثناء جلسات التحليل فيبدؤوا في انتقاء ما يدلون به من متداعيات فتنكسر القاعدة الأساسية في التحليل النفسي والتي تقتضي إطلاق العنان للتداعي .

هناك انتقاد خامس يدعي أن العلاج بطريقة التحليل النفسي لا يؤدي إلا إلى شفاء نسبة ضئيلة في المقارنة بنسبة الشفاء في الحالات التي تعالج جسميا .

ولا شك أن المقارنة الواردة في هذا الانتقاد مقارنة ظالمة أولا لاختلاف نوعية المرض الذي يعالج بالتحليل النفسي عن نوعية هذا الذي يعالج بالعلاج الجسمي ، وثانيا لأننا نجد كثيرا من الأمراض يفشل فيها العلاج الجسمي فشلا كبيرا في المقارنة

بالفشل في حالات العلاج التحليلي كما هو الحادث في بعض أمراض السرطان وضغط الدم والدرن الرئوي والأمراض المزمنة عموما ، ومع ذلك فإن أساليب علاج هذه الأمراض لا تعارض بل إنها تلقى القبول ، لأن نسبة نجاح العلاج مهما كانت ضئيلة فهي مكسب تحصله البشرية ينبغي لها التمسك به لا التخلي عنه طلبا لنجاح أكبر قد لا تصل إليه البشرية قبل أحقاب طويلة ، وثالثا لأن المريض لا يلجا إلى العلاج بالتحليل النفسي إلا بعد أن يفشل في العلاج بمختلف الأساليب الجسمية والنفسية الأخرى ، أي عندما يكون مرضه أكثر مقاومة للشفاء وأكثر أزمانا . ويضاف إلى كل هذا أنه ليست بين أيدينا في الوقت الحالي بيانات إحصائية يمكن الوقوف فيها على مقارنة نسبة نجاح العلاج بالتحليل النفسي بالنسبة المقابلة للنجاح في العلاج الجسمي للأمراض المختلفة .

انتقادات التحليل النفسي من حيث قضاياه ومكتشفاته :

فإذا ما انتقلنا إلى الانتقادات التي توجه إلى قضايا للتحليل النفسي ومكتشفاته وجدنا أن أغلبها قائم على التسليم بعدم علمية منهج التحليل النفسي ، هذا التسليم لا بد وأن يتبعه رفض للاستنتاجات والقضايا والحقائق التي تم اكتشافها أو إقامة الدليل عليها . وفي نفس الوقت لنا أن نتوقع أن يحدث العكس ، بمعنى أن قناعة الفرد ببطلان استنتاج من استنتاجات التحليل النفسي قد يؤدي به إلى التشكك في منهج التحليل النفسي ذاته بحجة أن هذا المنهج أدى إلى استنتاجات باطلة .

ـ هذا ويمكن أن نستعرض فيما يلي أهم ما يوجه إلى التحليل النفسي من انتقادات تتعلق بقضاياه ومكتشفاته مع مناقشة تتلو كلا منها :

١- اكتشاف التحليل النفسي للاشعور وإعطاؤه أهمية كبيرة في الحياة النفسية للإنسان . وهذا شيء ضد المنطق .

وإذا أردنا الدقة فإن التحليل النفسي لم يكن هو الذي اكتشف اللاشعور ، بل هو الذي أقره وأقام الدليل الحاسم على وجوده ونبه إلى أهميته ودوره الأساسي في الحياة النفسية ، ودافع عن كل ذلك في جرأة شديدة . ذلك أن كثيرا من قضايا التحليل النفسي قد سبق إلى اكتشافها هؤلاء الذين أوتوا موهبة النفاذ إلى أعماق الحياة النفسية

عن طريق الحدس السليم والحس المباشر الصحيح ، وإن كانوا لم يستطيعوا أو لم يهتموا بإقامة الدليل المقنع على صدق حسهم وحدسهم ، مثل الشعراء والفلاسفة وأصحاب الحكمة الشعبية وذوي الفكر الصافي من العلماء .

لقد سبق أن نبه الفيلسوف الألماني شوبنهور من قبل فرويد بأكثر من نصف قرن إلى أهمية اللاشعور وسطحية الشعور . ومن آرائه :" أن الشعور هو مجرد السطح بالنسبة لعقولنا ، التي لا نعرف بداخلها . كالكرة الأرضية لا نعرف منها إلا ما هو على سطحها" .

مما يدل على وجود اللاشعور أبلغ تدليل ما يلاحظ من التزام بعض المرضى النفسيين القيام بأعمال حوازية متكررة ليس لها من معنى منطقي مقبول حتى من جانبهم أنفسهم . مع أنهم يضيقون بهذه الأفعال إلا أن ضيقهم يبلغ مداه أن حيل بينهم وبين إنجازها ، مما يشير إلى وجود عمليات نفسية لا يفهمونها تقهرهم على إتيان الأفعال . وبلغة التحليل النفسي توجد عمليات نفسية لا شعورية ، ودوافع نفسية لا شعورية تجبرهم على ذلك . ولا سبيل إلى فهم هذا كله إلا بالكشف عن مكنونات لا شعورهم وما تجري به عمليات نفسية بعيدة عن إدراكهم ووعيهم .

ويعلق الدكتور سامي محمود على ، على قضية اللاشعور بقوله :" ولا يتخيلن امرؤ أن التحليل النفسي موضوعه دراسة اللاشعور وأن الشعور موضوع علم نفس آخر" . فالواقع أن التحليل النفسي ، وإن قام على معارضة التيارات السيكولوجية السائدة في القرن التاسع عشر إلا أنه يدخل الشعور في دراسته بل ويدرسه في علاقته باللاشعور . ويمكن القول عامة أن موضوع التحليل النفسي ليس هو الشعور واللاشعور .

هناك مأخذ ثان على التحليل النفسي هو المتعلق بإقراره بوجود دوافع جنسية في الطفولة ، بعكس ما هو معروف عن الطفولة البريئة .

وليس التحليل النفسي أول من كشف عن هذه الحقيقة ، فقد كان دوره بالنسبة لها كدوره بالنسبة للاشعور كما سبق أن ذكرنا . ومن الإنصاف لفرويد أن نعلم أنه كان من التواضع والموضوعية بحيث لم يدع لنفسه كشفا علم أن غيره سبقه إليه ، بل كان يبين بكل تواضع أن دوره في مثل هذه الحالات لم يكن أكثر من دور من يقرر شيئا سبق

اكتشافه ويقيم الدليل عليه ويعمقه ببحوثه ودراساته . وفي هذا الصدد يقول فرويد : " وسأحدثكم الآن عن أوضح ما يبدو من أوجه النشاط الجنسي عند الطفل" .

إن أوجه النشاط الجنسي عند الرضيع تفتح للتأويلات ميدانا لا حد له كما سترون في غير عناء . ولا شك في أنها ستكون مثارا لاعتراضات منكم ثم أن المظاهر الأولى التي تبدو بها الجنسية عند الرضيع ، تتصل بوظائف أخرى حيوية هامة . فالرضيع كما تعرفون ينصب اهتمامه الرئيسي على الرضاعة حتى إذا نال حظا موفورا منها فأخذه النوم على صدر أمه ، بدت عليه من إمارات الرضا والارتياح ما سوف تبدو لديه فيما بعد من حياته حين يقضي لبانته من الإشباع الجنسي على أن هذه الظاهرة لا تكفي أن تكون أساسا تبنى عليه نتيجة .

لكن المشاهد المعروف أن الرضيع ينزع دائما إلى أن يكرر الحركات التي تقترن عادة بعملية الرضع ، لا لأنه في حاجة إلى التغذية بالفعل ، بل لمجرد القيام بهذه الحركات ، فنقول عنه في هذه الحالة أنه" يتمصمص" .

وأنه ليمضي في فعله هذا حتى يحتويه النوم مرة أخرى هانئا مغتبطا ، مما يحملنا على أن نرى أنه يجد في هذا التمصمص ، في ذاته لذة وسرورا وسرعان ما ينتهي به الأمر ألا يستطيع النوم دون أن يتمصمص . لقد كان الدكتور لندنر Lindner طبيب الأطفال ببودابست أول من أكد الطبيعة الجنسية لهذه العملية .

٢- كثيرا ما يؤخذ على التحليل النفسي أنه يعزو كل سلوك الإنسان إلى الدافع الجنسي وحده ، حتى أحلام الإنسان ومرضه النفسي .

وهذا الانتقاد يتضح فيه الافتراء على التحليل النفسي أو الجهل بما قال به .

ففرويد كما نعلم أبرز دور الجنس ، لكنه لم يقل بأنه الدافع الوحيد عند الإنسان بل أضاف إليه دافعا في مثل قوته هو دافع العدوان . وفي كتابه" ما وراء مبدأ اللذة" أوضح فرويد نظريته في الغرائز وأقر بوجود غريزتين أساسيتين هما غريزة الجنس وغريزة العدوان . ومن الضروري أن نعلم أن فرويد لم يقصد بغريزة الجنس أو الحب بمعناه الضيق الشائع بين غير ذوي الاختصاص بل قصده بمفهومه الواسع الذي يشمل كافة نزعات الحب والبناء والرغبة في المحافظة على الذات وعلى الآخرين وإسداء المعونة والمساعدة لهم . في حين أن غريزة العدوان تشمل كافة النزعات التي تهدف إلى الإضرار

بالذات وبالآخرين والاعتداء عليهم والكراهية لهم . هذا علاوة على أن التحليل النفسي قد أكد على أن السلوك الواحد نادرا ما يكون صادرا عن مزيج من الدافعين معا وأن تفاوت وزن كل منهما في كل حالة عن الأخرى .

وهكذا ، فان التحليل النفسي لم يقل بوجود دافع واحد أو غريزة واحدة بل قال بعدد غير محدود من النزعات الغريزية التي يمكن في نهاية الأمر تجميعها في غريزة الجنس (أو الحب أو الحياة) وغريزة العدوان (أو التدمير أو الموت) . والنظرة الفاحصة المتأنية ستثبت لنا إمكانية إدخال أي نزعة إنسانية تحت واحدة من هاتين الغريزتين . كما أن نظرة شاملة لما يحدث في عالمنا اليوم وحدث فيه بالأمس من انتشار للتوتر والحروب بين الجيران وغير الجيران من الدول ، وتعرض العلم لحربين طاحنتين خلال ربع قرن من الزمان ، وفشل محادثات نزع السلاح ، واستنزاف الدول الغنية المستمر لاقتصاديات الدول الفقيرة ، وكل ذلك ولا شك يؤكد أن التحليل النفسي على حق في نظرياته الخاصة بما تنطوي عليه النفس البشرية من نزعات ، ودوافع عدوانية إلى جانب نزعات الحب والبناء فيها ، والتحليل النفسي عندما يكشف الغطاء عن حقيقة ما يعتمل داخل النفس البشرية من نزعات ، لا يدعو بذلك - كما قد يفهم البعض - إلى الاستهتار بالقيم الخلقية ، بل هو يمد هذه القيم بأساسها العلمي وينير لها الطريق نحو فهم أفضل ، وبالتالي نحو سياسة أفضل لهذه النزعات وتلك الدوافع .

أما ما ورد في هذا الانتقاد عن الأحلام - فيقول عنه فرويد : " إلا أنني مع ذلك لم أقرر قط ما نسب إلى من أن تفسير الأحلام يبين أن لجميعها مضمونها جنسيا أو أنها جميعا صادرة عن قوى دافعة جنسية .

فمن اليسير أن نتبين أن الجوع ، أو العطش ، أو الحاجة إلى الإفراز ، تنتج أحلام إشباع شأن أي دافع .. جنسي أو أناني" .

٣- يعيب البعض على التحليل النفسي أنه يهمل دور العوامل البيئية ، في حين يعيب عليه آخرون أنه يهمل دور العوامل الوراثية .

ومن الطريف أن هذين النقدين اللذين جمعنا بينها الآن على تناقضها ، يثبتان مغالاة نقاد فرويد والتحليل النفسي فيما يذهبون إليه من نقد ، حتى أنه عندما يثبت دور العامل البيئي في موقف سارعوا إلى اتهامه بإهمال العامل الوراثي ، وعندما يثبت

دور العامل الوراثي في موقف آخر سارعوا إلى اتهام العامل البيئي . والواقع أن فرويد والتحليل النفسي ، بل وأي نظرية أخرى إذا ما أثبتت شيئا فليس معنى ذلك أنها لا بد وان تنفي الشيء الآخر ما لم تقل النظرية صراحة بذلك ، وإلا كنا نتقول عليها . وفي محاضرته الثالثة والعشرين بعنوان " كيف تتكون الأعراض" يوضح فرويد بما لا يدع مجالا للشك إيمانه بتأثير كل من العامل الوراثي والعامل البيئي في الشخصية . ويشرح ذلك فيما يعرف بسلاسل التتام (بمعني حدوث تتام بين العامل الوراثي والعامل البيئي في إحداث المرض النفسي ، فإذا كان أحدهما ذا تأثير كبير فإن الآخر يؤثر حتى لو كان تأثيره ضعيفا نسبيا) وفي هذه المحاضرة يقول فرويد : " وعلى هذا فتثبيت الليبدو لدى الراشد الكبير – وقد أشرنا إلى أنه يمثل العامل الجبلي في نشأة الأمراض النفسية – يمكن أن نرده الآن إلى عاملين آخرين . الاستعداد الموروث من جهة ، والاستعداد المكتسب في الطفولة المبكرة من جهة أخرى" .

وفيما سبق أن ذكرناه من تعليق للدكتور سامي محمود على عن اللاشعور توضيح جيد لرأي التحليل النفسي في أهمية كل من دور الوراثة ودور البيئة معا حيث يقول : "ويمكن القول عامة بأن موضوع التحليل النفسي ليس هو الشعور واللاشعور بل هو الإنسان في شمول إنسانيته من حيث هو وحدة بيولوجية اجتماعية ذات تاريخ" ومن الواضح أن التحليل النفسي في هذا يتفق وأدق النظريات العلمية السائدة الآن عن تعليل الفروق بين الأفراد بإرجاعها إلى تفاعل تأثير كل من الوراثة والبيئة معا على الفرد الواحد .

٤- يعترض البعض على كشوف التحليل النفسي التي يرى فيها الشخصية متضمنة لدوافع متناقضة وجوانب متصارعة هي دوافع وجانب الهو – والأنا – والأنا الأعلى ، بينما فكرة التناقض داخل الكيان الواحد لا تتفق مع المنطق .

إن فكرة الصراع والتناقض داخل الكيان الواحد أصبحت واسعة القبول والانتشار بعد أن استطاع الفكر الهيجلي وأصحاب المادية الجدلية التدليل على صدقها هذا علاوة على أن كل من أتيحت له فرصة لتحليل بعض جوانب نفسه ونفوس الآخرين يتبين بوضوح انطواء النفس على هذا التناقض حتى على المستوى الشعوري نفسه ، تماما كما تنطوي دينامية الإنسان البيولوجية على العمليتين المتناقضتين

الشهيرتين ، أعني بهما عملية الهدم وعملية البناء . إذن ففكرة التناقض داخل النفس الواحدة واحتوائها على دوافع وجوانب متصارعة فكرة مقبولة في حد ذاتها ، مؤيدة من الخبرة المباشرة بما لا يدع مجالا للشك . أما فكرة عدد هذه الدوافع المتناقضة ومسبباتها وعدد جوانب النفس المتصارعة ومسمياتها ، وما إلى ذلك من أمور تفصيلية تتعلق بالصراع والتناقض فيمكن أن يختلف عليها من شاء ، فهي فروض أقرب للفروض الفلسفية التي تعين على الفهم دون أن تقيده .

وبهذا الصدد يقول فرويد :" وفي المؤلفات التي تمت في الأعوام التالية (ما فوق مبدأ اللذة ، نفسية الجماعة وتحليل الأنا ، والأنا والهو) ، أطلقت العنان للميل إلى التفلسف الذي كبحته زمنا طويلا ، وأعلمت فكري في حل لمشكلة الغرائز . "

كما قال : "ويكفي أن نذكر أنه بدا لي أمرا مشروعا أن الحق بالنظريات التي كانت تعبيرا مباشرا عن الخبرة ، فروضا غرضها أن تعيننا على فهم الوقائع . فروضا متعلقة بأمور لا يمكن أن تخضع للملاحظة والمباشرة . وليس هذا بدعا فقد نهجت العلوم السابقة نفس النهج . أن تقسيم اللاشعور بدوره يرتبط بمحاولة تصوير الجهاز النفسي بوصفه يأتلف من عدد من النظم الوظيفية تعبر عن علاقاتها المتبادلة بعبارات مكانية ، دون أن يعني ذلك بطبيعة الحال أنه تقسيم يستند إلى التشريح الفعلي للمخ . (أطلقت على هذه الطريقة – في تناول الموضوع – الطريقة الطبوغرافية) . هذه الأفكار بمثابة بناء نظري إضافي للتحليل النفسي ، يمكن لأي جانب منه أن يترك أو يعدل دون خسارة أو آسف حالما نتبين عدم صلاحيته" .

٦ـ هناك انتقاد آخر يشيع بين كثير من المفكرين والمثقفين بدعوى أن التحليل النفسي علم مثالي يهمل شأن المادية الجدلية في الحياة النفسية .

أن الافتراء على التحليل النفسي ووصمه بالمثالية لإهماله تأثير العامل الاقتصادي على البناء النفسي للإنسان مرده إلى عدم استقامة فهم كل من المادية والمثالية . فليس صحيحا أن النظرية المادية تهمل كل عامل إلا العامل الاقتصادي ، وإن كانت تعطيه بلا شك أهمية أكبر من غيره ، لكن ليس بمعني إهمال كل شيء ما عداه إنكاره .

ولكي تستكمل مناقشة هذا النقد للتحليل النفسي يحسن أن نلجأ إلى ما قاله

فرويد نفسه عن المادية الجدلية (الماركسية) في محاضرته الخامسة والثلاثين التي عنوانها "النظرة إلى الكون" بعد أن يعترف فرويد صراحة بأسفه لقصور معرفته الماركسية يقول : "أن بحوث (كارل ماركس) في البناء الاقتصادي للمجتمع ، وفي تأثير الأشكال المختلفة للتنظيم الاقتصادي في كل أقطار الحياة الإنسانية قد أصبح لها اليوم نفوذ لا يمكن أن يجحد" . من الجلي أن قوة المذهب الماركسي لا تقوم على نظرته إلى التاريخ أو على التنبؤات المستقبلية التي يبنيها على هذه النظرة ، بل على إدراكه الواضح لفعل الظروف الاقتصادية وتأثيرها الحاسم في الإنتاج الفكري والفني والخلقي للإنسان .

وهكذا أميط اللثام عن طائفة بأثرها من الصلات والتابعات العلية التي كادت تكون مجهولة إلى هذا العهد . غير أنه لا يمكن التسلم بأن الدوافع الاقتصادية هي الدوافع الوحيدة التي تحتم سلوك الناس في المجتمع . فمما لا مراء فيه أن مختلف الأفراد والشعوب والسلالات لا يكون سلوكها واحدا في نفس الظروف الاقتصادية .

٧ـ هناك انتقاد آخر يوجه إلى شخصية فرويد بشكل مباشر ، إن قصدت به أيضا مكتشفاته وآراؤه بشكل غير مباشر .

هذا الانتقاد هو ادعاء البعض أن فرويد كان مولعا بابتداع الأفكار الغريبة وترويجها حبا للظهور ، كما كان مستبدا برأيه جامدا عليه يضيق بمن يعارضه اشد الضيق حتى أنه لم يبق له في النهاية من تلاميذه وزملائه إلا من ارتضوا السير وفق هواه وتبني أفكاره .

ومن الإنصاف لفرويد أن نقرر أن تاريخه مع اكتشاف التحليل النفسي وما عرض عليه من قضايا وما كتبه في مؤلفاته يقوم دليلا واضحا على بطلان هذا النقد . فلقد كان فرويد من التواضع العلمي الذي جعله يرجع الكثير من مكتشفاته الهامة إلى غيره ويصحح اعتقاد الناس الخاطئ بأنه أول من اكتشفها ، واكتفى بإيراد مثلين فقط على ما أقول : أما أولهما فيتعلق بحديث فرويد عن وجود معنى في أعراض الأمراض النفسية حيث يقول :" لقد كان بروير Breuer أول من كشف عن معنى الأعراض العصابية في دراسته وعلاجه الناجح لحالة هستيريا أصبحت من الحالات الشهيرة التي يشار إليها منذ ذلك الحين (عام ١٨٨٠ –١٨٨٢) ، والحق أن جانيه Janet قد ظفر بهذا الكشف نفسه مستقلا عن بروير ، بل لقد كان لهذا العالم الفرنسي الأسبقية النشر ، لأن بروير لم ينشر

ملاحظته إلا بعد أكثر من عشر سنوات (عام ١٨٩٣) يوم كنا نعمل معا ، ولا يعنينا كثيرا أن نعرف إلى من ينتمي هذا الكشف . فكل كشف يصنع أكثر من مرة ، وليس ثمة كشف صيغ كله دفعة واحدة ، والنجاح لا يعزى دائما إلى من يستحقه ، فأمريكا لم تسم باسم مكتشفيها كولومبس . وقبل بروير وجانيه صرح لوريه الطبيب العقلي العظيم بأنه من الممكن أن نقع على معنى حتى في أهاجسه المجانين ، إذا عرفنا كيف نترجمها هذان مثالان من أمثلة كثيرة تنتشر في كتابات فرويد ينفي فيها عن التحليل النفسي سبقه إلى اكتشاف كثير من القضايا الهامة التي يظن أنها من اكتشافه ويذكر بكل تواضع أنه لو كان له من فضل فهو مجرد تعزيزها وإقامة الدلائل على صدقها من واقع خبراته الإكلينيكية والتحليلية . وما سبق أن ذكرناه عن القول باللاشعور وبالجنسية الطفلية يؤيد ذلك ، إذ يرجع اكتشاف اللاشعور والحديث عنه إلى الفلاسفة السابقين على فرويد ، ويرجع أول كشف للجنسية الطفلية إلى الدكتور لندنر . فلو كان يسعى فرويد إلى شهرة أو ظهور لأيد سبق التحليل النفسي إلى اكتشاف كل ذلك أو على الأقل تغاضي عن تصحيح أفكار الناس عن حقيقة مكتشفيها . أن من يسعى للظهور والشهرة غالبا ما يفضل أن تكون شهرة طيبة تجلب له الكسب ورفعة الشأن ، لكن تاريخ فرويد في بدء إقامته للتحليل النفسي يثبت أن نتيجة تمسكه بما آمن بصدقه من قضايا أدت إليها بحوثه قد جلب على نفسه الاستهزاء والسخرية وسوء السمعة بين زملائه ووسط مجتمعه لفترة طويلة .

لكن صلابته وجرأته جعلته يواصل طريقه غير عابئ بأية مضايقات أو خسائر في طريقه لاستكمال كشف خبايا النفس البشرية ، فتحقق له ذلك .

أما تمسكه برأيه وجموده عليه ، فلم يكن إلا تمسك الشخص الذي يعتقد بصدق ما يتمسك به ، حتى إذا تبين له زيفه تخلي عنه إلى الحق ، وقصة اكتشاف التحليل النفسي وإقامة قضاياه وتطويرها يثبت ذلك بشكل واضح . فما كان فرويد يكابر بالمعنى في رأي سبق أن نادى به ثبت له من بعد عدم استقامته . ولذلك كان فرويد يراجع قضاياه في ضوء ما تؤدي إليه خبرته الجديدة من إضافات وتعديلات . والتعديلات التي أدخلها في نظريته عن الجهاز النفسي وعن الغرائز (حوالي١٩٢٠) . تثبت ذلك ، مع أنه كان يعي أن خصومه قد يستخدمون تعديلاته سلاحا لنقده ، إلا ما كان يأبه إلا بالسعي

وراء اكتشاف الحقيقة وتقريرها ويبدو أن جرأة فرويد في هتك ستار النفس ، وكشف زيف الشعور وسوءات ما يختفي من ورائه جعلته كمن يأتي العامة بخبر سيء فإذا بهم يغضبون من الخبر ثم يزيحون هذا الغضب (وفق ميكانيزم الإزاحة في التحليل النفسي) دون وعي إلى الشخص الذي لم يكن له ذنب سوى حمل الخبر . وبهذا الصدد يقول فرويد : " عيب دائما على التحليل النفسي نقصه وعدم اكتماله ، مع أنه من الواضح أن علما يقوم على أساس الملاحظة ليس أمامه إلا أن ينجز كشوفه جزءً جزءا ، ويحل مشاكله خطوة خطوة منعت عنها زمنا طويلا ، اتهمت نظرية التحليل النفسي بأنها (ترى الجنسية في كل شيء) . وعندما أكدت أمرا طال إغفاله ، هو أهمية الدور الذي تلعبه المشاعر التي تعرض في الطفولة الباكرة ، قيل لي أن التحليل النفسي ينكر العوامل الخلقية والوراثية – الأمر الذي لم يخطر ببالي قط . لقد كان الأمر مجرد معارضة بأي ثمن وبأي طريقة" .

هذا ولعل من المناسب قبل أن نختم هذا المقال أن نورد فقرة كتبها هول ولندزي في كتابهما القيم " نظريات الشخصية" عندما تعرضا لفرويد محاولين تقييم منهجه ومكتشفاته فقالا :" غير أنه من الخطأ الجسيم القول بأن أقوال المرضى تحت العلاج كانت هي المقومات الوحيدة التي صاغ منها فرويد نظرياته . إذ مما لا شك فيه أنه لا يقل أهمية عن هذه المعطيات الخام ، الاتجاه النقدي الصارم الذي اصطنعه فرويد في تحليل التداعي الطليق لمرضاه ويمكننا اليوم أن نقول أنه حلل مادته الخام باستخدام منهج الثبات الداخلي . فالاستنتاجات التي يستخلصها من جزء من المادة يقارنها بالدلائل المؤيدة التي تظهر في الأجزاء الأخرى ، بحيث تكون الاستنتاجات النهائية المستخلصة من حالة ما مبنية على شبكة متداخلة من الوقائع والاستنتاجات ، أن فرويد كان يواصل عمله بنفس طريقة المخبر السري الذي يجمع الشواهد أو المحامي الذي يعرض الحالة على المحلفين . فلا بد من أن يأتلف كل شيء بعضه مع البعض الآخر بصورة متماسكة قبل أن يرضى عنه فرويد ويحس بأنه قد وضع إصبعه على التفسير الصحيح . وعلينا أن نتذكر بالإضافة إلى هذا أن المادة التي تنتجها حالة واحدة تشاهد خمس ساعات في الأسبوع لفترة قد تطول إلى عامين أو ثلاثة هي على قدر هائل من الضخامة وأن فرويد كانت تتاح له فرصة ضخمة ليتيقن ويعاود التيقن من صحة استنتاجاته عشرات المرات

قبل أن يقرر التفسير النهائي . وعلى العكس من ذلك نجد أن المفحوص في التجربة السيكولوجية التقليدية التي تتم في ظروف مضبوطة يفحص أو يختبر لفترة لا تزيد في المتوسط على ساعة أو ساعتين . ومما لا شك فيه أن إسهامين من أهم إسهامات فرويد في استراتيجية البحث هما الدراسة المتعمقة لحالة واحدة واستخدام طريقة الثبات الداخلي لاختبار الفروض .

سابعا : منهج دراسة الحالة :

للوصول إلى حكم ما ، يقوم السيكولوجي الإكلينيكي بتجميع أكبر قدر ممكن من المعلومات في حدود الوقت المتاح ومصادر البيانات الممكنة .

وبعض المعلومات تأتي مباشرة نتيجة المناقشة مع المرضى (العملاء) ، وهي تشتمل على تصورهم لطبيعة مشكلاتهم ، ولطبيعة الظروف التي يعيشون فيها ، ومشاعرهم واتجاهاتهم ، ورغباتهم ، وأهدافهم ، وغير ذلك .

وبالإضافة إلى هذا ، فإن السيكولوجي الإكلينيكي يحاول في كثير من الحالات ، أن يحصل على معلومات من مصادر أخرى مثل الأطباء ، والمدرسين ، والآباء ، والزوجات ، والأزواج ، والأقرباء ، وغيرهم .

وقد يحصل أيضا على البيانات بإجراء الاختبارات على مرضاه ، وهذه الاختبارات قد تكون اختبارات ذكاء ، أو اختبارات قدرات خاصة ، أو اختبارات للشخصية أو اختبارات يفترض أنها تكشف عن إصابات المخ ، أو اختبارات للاستعدادات والميول المهنية .

ويحاول إن أمكنه أن يحصل على التاريخ التطوري (أو الاجتماعي) للمريض حتى يستطيع أن يفهم كيف نما وتطور سلوك المريض واتجاهاته الحالية نتيجة لخبراته المبكرة الخاصة به .

ويتطلب فهم مشكلات المرضى - سواء كانوا أطفالا أم كبارا ، وسواء كانت اضطراباتهم بسيطة أم خطيرة- فهم الأحداث الهامة في حياتهم . ويصل السيكولوجي الإكلينيكي عادة إلى التاريخ الاجتماعي للمريض عن طريق المقابلة ، معتمدا في ذلك على المريض نفسه وعلى المصادر الأخرى . وتاريخ الحالة الاجتماعي في صورته

المختصرة قد يغطي عدة صفحات . ومن الواضح أن مثل هذا الشمول غير ممكن في جميع الحالات ، وبالتالي يصبح من الضروري أن يقرر الإكلينيكي المعلومات التي يسعى للحصول عليها وبأي درجة من التفصيل

وعلى الرغم من أنه من الناحية المثالية تكون الغالبية العظمى من المعلومات في صورة وقائع مثل 'إن المريض طلق زوجته بعد مضي عام واحد من زواجه" ، أو "إن المريضة رسبت في الصف الثالث" ، إلا أن الوقائع لا تكون إلا جزءا من التاريخ الاجتماعي .

فليس من المهم فقط أن نعرف ، مثلا ، أنه مرض مرضا شديدا عندما كان عمره أربع سنوات ، بل من المهم أيضا أن نحدد شعوره وشعور الآخرين إزاء مرضه .

هل تسبب مرضه في شعور الأم بالقلق لخوفها من أنه قد يؤدي إلى وفاة ابنها؟

هل تم معاملة الطفل باهتمام شديد لمدة عدة أشهر بعد مرضه؟ هل تسبب هذا الاهتمام الذي حصل عليه في إثارة الغيرة لدى الأطفال الآخرين؟ كيف استجاب الطفل لرسوبه في المدرسة فيما بعد؟ وكيف شعر والداه؟ وما الذي طرأ على عمله في المدرسة فيما بعد نتيجة لرسوبه؟ إن الخبرات الذاتية للفرد هي التي يتركز عليها مجهود الإكلينيكي لفهم الطفل . إن "الوقائع" التي عليها الإكلينيكي هامة من حيث أنها علامات غير مباشرة للخبرات النفسية السابقة ذات الأهمية .

إنه من الأهمية البالغة أن نحصل على المعلومات من مصادر متعددة لأننا بهذا لا نحصل على "الوقائع" فقط ، بل نعرف كيف شوهت أو على أي نحو تذكرها أناس متعددون بما فيهم المريض نفسه . وهذه الاختلافات نفسها تكشف عن كيف شعر المتصلون بالحالة حينذاك . فمثلا ، في مناقشة أسلوب تعليم الطفل النظام في سنوات عمره المبكرة فقد تذكر الأم أن الأب كان يعامل الطفل بخشونة . وقد يتذكر الأب أن الطفل كان قليل الاتباع للنظام ، وإن الأم كانت تتركه يفعل ما يريد وقد تتذكر المريضة البالغة أن أمها كانت مشغولة دائما بأمورها الخاصة وبإرضاء زوجها ، في تقرر أختها أن المريضة كانت مفضلة لدى أمها وأنها كانت تقوم بكل شيء من أجلها . أنه من غير الممكن أن يكشف الإكلينيكي الحقائق المتعلقة بالسنة أو الخمس سنوات أو العشر سنوات أو الخمس عشرة سنة الماضية ، ولكن في إمكانه أن يجد دليلا لمشاعر وخبرات

جميع المرتبطين بالحالة عندما يكتشف أوجه التشابه وأوجه الاختلاف في وجهات نظرهم للأحداث نفسها .

إن عددا ضئيلا من الإكلينيكيين يعمل ـ عند تقويم الشخصية والقدرة العقلية ـ دون أن يستخدم الاختبارات الموضوعية من ناحية . ومن الناحية الأخرى ، فإنه من الواضح أيضا أنه ليس من الممكن أن يتوقف الإكلينيكي فجأة أثناء ممارسته عندما يشعر بحاجته إلى إصدار حكمه ، ويجرى على المريض اختبارا ما ، لكي يقرر العمل الصحيح الذي ينبغي عليه أن يقوم به . وبالاختصار هناك مكان في ممارسة علم النفس الإكلينيكي في الوقت الحاضر لكل من الأحكام الذاتية المعتمدة على الخبرة والمهارة واستخدام الاختبارات والإجراءات الموضوعية بوجه عام عندما يثبت أنها مفيدة . ولمصلحة المرضى أنفسهم يصبح من المهم باستمرار محاولة زيادة عدد ونوع الأحكام التي يمكن التوصل إليها على أسس موضوعية ، وبهذا نستبعد الأخطاء التي تتضمنها الأحكام الذاتية .

ومع ذلك ، فإن من الواضح أن معظم القرارات الهامة للسيكولوجيين الإكلينيكيين سوف تعتمد جزئيا لفترة طويلة على مثل هذه الأحكام الذاتية .

وهذا هو على وجه التحديد السبب في أن السيكولوجيين الإكلينيكيين الذين يصدرون أحكاما تؤثر تأثيرا خطيرا في حياة الآخرين ينبغي أن يحصلوا على أفضل إعداد وتدريب ممكنين ، وهو السبب أيضا في أنهم يمارسون عملهم في أول حياتهم تحت إشراف إلى أن يحصلوا على قدر كاف من المهارة والخبرة يسمح لهم بالعمل مستقلين .

ويشعر معظم أفراد المهنة – على الرغم من عدم اتفاقهم جميعا – أن درجة الدكتوراه من المؤسسات التي توافق الجمعية الأمريكية السيكولوجية على برامجها رسميا تعتبر الحد الأدنى لممارسة علم النفس الإكلينيكي وقد يكون هناك عدد ممن لم يحصلوا على درجة الدكتوراه من بين السيكولوجيين الإكلينيكيين أفضل من بعض الحاصلين عليها بسبب خبراتهم ، أو استعداداتهم الطبيعية ، أو مميزاتهم الشخصية . ولكن إذا كان على مثل هؤلاء أن يتحملوا عبء اتخاذ قرارات هامة بالنسبة للآخرين ، فإنه مما يمكن الجدال بشأنه أنهم أيضا سوف يصبحون أكثر فعالية مع إعداد أفضل تدريب أدق .

بعض الحالات التوضيحية لمنهج دراسة الحالة :

سوف يساعد في فهم الطبيعة الأساسية للمنهج السيكولوجي أن ندرس ثلاث حالات باختصار . هذه الحالات الثلاث لأولاد في الصف الدراسي السابع (أي ما يعادل الصف الأول الإعدادي في مصر والصف الثالث المتوسط في الكويت) وسوف نطلق عليهم الأسماء الآتية : جون وفيليب وروس . وقد حول هؤلاء الأولاد الثلاثة إلى العيادات النفسية لسبب واحد وهو أنهم سرقوا بعض النقود في المدرسة واكتشف أمرهم في النهاية .

ولنأخذ حالة جون أولا : جون :

السرقة : عندما سئل جون لماذا أخذ النقود من محفظة المدرسة ، تحدث بمرارة عن المدرسة قائلا إنها أنبهته مرتين في ذلك اليوم لأنه تكلم في غير دوره ، وإنها أرسلته قرب نهاية ذلك اليوم الدراسي ذاته إلى مكتب ناظر المدرسة لأنه رد عليها بوقاحة . وعندما سئل عما فعله بالنقود أجاب بأنه بعد أخذها شعر بالقلق خوفا من أن يضبط ، وقرر أن الأسلم له أن يقذف بالنقود في إحدى الأدغال (الأجمات) قرب المدرسة . وقال أنه لم يكن في حاجة إلى النقود لأنه يحصل على مصروف كبير من والده – خمسة دولارات في الأسبوع – يمكنه أن يصرفها على النحو الذي يريده .

خلفية جون : بالتحدث مع جون ووالديه أمكن الوصول إلى عدد من الحقائق الهامة التي تميز تاريخه الماضي . كان جون الابن الوحيد لأسرة تعيش في إحدى الضواحي المفضلة بالمدينة . وكان والده من رجال الأعمال ، وكان يعيش في حالة ميسورة من الناحية المالية ، ولكنه كان يقضي معظم وقته إما في عمله أو في مكتبه بالمنزل مركزا على عمله . ويبدو أنه أبعد نفسه عن أسرته منذ عدة سنوات . فكان يقضي وقتا ضئيلا جدا في النشاط الجمعي مع أسرته ، ولكنه كان كريما معها فيما يتعلق بحاجاتها المادية . ومن الواضح أن الوالد كان يشعر بشيء من الذنب لإهماله لجون ، وأنه كان يقدم له أي شيء مادي يطلبه تقريبا . ولم يقم الوالد بأي دور في تدريب ابنه على النظام قائلا إن هذا عمل الأم . وقد أبدت الأم التي كانت تتميز بالخنوع ، وبشيء من الجبن ، وتبدو عليها العصبية شعورا بقدر كبير من العجز فيما يتعلق بقدرتها على التعامل مع ابنها . ولم يتعرض جون لأي عقاب جدي في حياته ، وكانت أمه تخضع عادة لمطالبه عندما

يغضب لشعوره بالإحباط أو لمنعه عما يريد أن يقوم به . وعلى الرغم من أنها كانت مهتمة بجون وكانت تعترف بأنه عنيد ، إلا أنها شعرت بالعجز التام تقريبا فيما يتعلق بما يجب أن تفعله أو كيف تعامله .

وقد أوضحت الاختبارات السيكولوجية أن ذكاء جون كان فوق المتوسط قليلا ، ومع ذلك كانت درجاته (علاماته) في المدرسة متفاوتة فيما بينها . ففي بعض الأحيان كان يقوم بعمله المدرسي بدرجة ممتازة ، وفي بعض الأحيان كان عمله ضعيفا ، وكان معظم مدرسيه يعتقدون أنه لا يحصل على الدرجات التي في قدرته الحصول عليها . وعلى الرغم من أنه كان يعرف أن السرقة خطأ ، وأنه كان يخاف من نتائج ضبطه متلبسا بها ، إلا أنه كان يشعر بأنه على صواب في انتقامه من المدرسة التي وصفها بالضعة والظلم . وعندما طلب منه أن يذكر ما يبين ضعتها وظلمها ظهر أن كل شواهده على ذلك كانت عبارة عن حالات طلبت فيها المدرسة منه أن يخضع لنفس النظام والقواعد شأنه في ذلك شأن التلاميذ الآخرين .

فيليب :

السرقة : اعترف فيليب بسرعة أنه أخذ النقود من غرفة الطعام عندما لم يكن هناك من يراه . وعندما سئل لماذا أخذها أجاب ببساطة بأنه كان يحتاج إليها للحصول على الحلوى التي أكل بعضها وقدم معظمها للأطفال الأصغر منه سنا في الحي الذي يسكنه . ولم يبد أي غضب تجاه المدرسة ، وكان آسفا لأنه أخذ النقود ، ولكنه شعر بأنه كان في حاجة إليها وظن أن المدرسة لن تشعر بذلك . وكانت تبدو عليه الرغبة في أن يتحدث إلى السيكولوجي ، وأن يرضيه ، ووافق على إن ما فعله خطأ ، ولكنه لم يقدم أي سبب لما قام به سوى أنه كان يرغب في الحصول على الحلوى .

خلفية فيليب : كان فيليب يكبر معظم تلاميذ صفه بسنة لأنه أعاد الصف الدراسي الثاني . ومنذ ذلك الوقت كان ينتقل من صف لصف أعلى بانتظام حاصلا عادة على الحد الأدنى من الدرجات (العلامات) التي تسمح له بالانتقال ، ولكن عمله المدرسي كان أقل من المتوسط بدرجة واضحة . وكان فيليب يعيش في حي من أحياء الطبقة الوسطى الدنيا . وكان أبوه الذي يعمل في السكك الحديدية والذي كان يبقى بعيدا عن المنزل معظم الوقت أكبر سنا بكثير من معظم آباء الأطفال الذين في سن

فيليب ، وذلك لأن فيليب ولد في وقت متأخر من حياة والده الزوجية . وكانت لفيليب أختان أكبر منه ، إحداهما أنهت الدراسة بالمدرسة الثانوية وكانت تعمل ، والأخرى تزوجت وتركت الأسرة ، وكان فيليب قليلا ما يرى أيا من الأختين .

كان فيليب يبدو أثقل وزنا من الأطفال الآخرين ، ولكن وزنه أخذ في الازدياد كثيرا منذ كان في الصف الثالث . وفي الصف الرابع والخامس كان الأطفال الآخرون يغيظونه بإطلاق لفظ "البدين" (تختخ) عليه . وقد تجنب الاشتراك في الأنشطة الرياضية مع الأطفال الذين هم في سنه لأنهم كانوا غالبا ما يسخرون منه ، ولم يكن له أصدقاء من نفس سنه ، ولكن أصدقاءه الوحيدين كانوا أطفالا من الجيران أصغر منه سنا ببضع سنوات ، وكان يمد هؤلاء الأطفال بالحلوى والهدايا الأخرى كلما استطاع الحصول عليها .

وقد ظهر أن فيليب أقل من المتوسط في قدرته العقلية عندما طبق عليه "مقياس ستانفورد – بينيه" Stanford – Binet scale وعلى الرغم من أنه لم يعتبر مشكلة سلوكية في المدرسة ، إلا أن أحدا من المدرسين لم يكن يهتم به اهتماما خاصا . وكانت المدرسة من وجهة نظرة مملة ، كما كانت خبرة مؤلمة له في بعض الأحيان (وذلك عندما يطلب منه دروسه في أوقات الامتحانات عندما يتضح بدرجة أوضح ضعف قدرته التحصيلية) .

لقد كان في الحقيقة صبيا حساسا وحيدا لا يحصل إلا على إشباعات ضئيلة في حياته ، فيما عدا الحلوى التي يأكلها مع الأطفال الأصغر منه سنا والذين يلعب معهم .

روس :

السرقة : أخذ روس هو الآخر النقود من حقيبة مدرسته عندما كانت خارج الفصل . وعندما اكتشفت أمره أنكر أنه أخذ النقود ، ولكنه اعترف بالسرقة في تردد عندما ووجه بالدليل بأن آخرين قد شاهدوه وهو يفتح حقيبة المدرسة . وقد اتخذ في بادئ الأمر موقفا عدوانيا تماما تجاه السيكولوجي الذي أجرى المقابلة معه . وحاول جاهدا ألا يظهر خوفه من النتائج ، ولم يقدم عن نفسه أية معلومات ، أو لعله قدم القليل منها . وعندما سئل لماذا أخذ النقود لم يجب إلا بمجرد هز كتفيه . وعندما سئل ماذا فعل بها لم يجب إلا بقوله "لقد صرفتها ولم أتذكر فيما صرفتها" .

خلفية روس : كان روس على العكس من جون وفيليب صبيا محبوبا من مجموعة كبيرة من تلاميذ الفصل على الأقل . وكانت مدرسة روس في منطقة فقيرة قذرة مزدحمة بالسكان ، معظم أطفالها من الطبقة الفقيرة نسبيا . وكان روس وسيم الشكل ، رياضيا ، مغرما بالظهور بمظهر القوي العنيف . وكان أكبر ثلاثة أخوة ، وكان أخواه الأصغر منه سنا يعظمانه . وعندما سئل عن أخويه أبدى حمايته لهما واهتمامه بخيرهما . وقد هجر أبوه أمه عندما كان روس في التاسعة تقريبا وترك المدينة . وقد اشتغلت أمه كمضيفة في مطعم وانتقلت إلى شقة أصغر في منطقة أكثر فقرا في المدينة . ولم يكن المنزل ملائما من الناحية المادية ، وكان مكانا يرتاح الإنسان إذا ما تركه أكثر مما يسر إذا ما أتى إليه . وقد انتقلت جدته لأمه للسكن معهم لكي "تعتني بالأولاد" . وقد كان زواج أمه في سن مبكرة ، وكانت عندما انفصل عنها زوجها لا تزال امرأة صغيرة السن لها أصدقاء متعددون ولكنها لم تتزوج . ولم يكن روس يرغب في الحديث عن والده ، ولم تزد أمه عن قولها عنه أنه كان سيئا "يكثر من الشراب" وكثيرا ما كان متعطلا عن العمل .

وكان جناح التلاميذ مشكلة شائعة في هذه المدرسة ، ويبدو أن روس كان زعيما لأقرانه . وعلى الرغم من أنه لم يسبق له إن ضبط في مخالفة خطيرة من مخالفات الأحداث ، إلا أنه أرسل إلى مكتب ناظر المدرسة عدة مرات لأسباب تتعلق بالنظام ومنها التغيب دون إذن .

وعندما استطاع السيكولوجي أن يحصل على ثقة روس ، وجعله يتكلم بحرية أكثر ، أظهر روس شعورا ضئيلا بالذنب لأخذه نقود المدرسة ، ولكنه أبدى ارتياحا لإعجاب معظم التلاميذ الآخرين في الفصل لما قام به ، وذكر أنه كان على وشك الإفلات بما سرقه لولا بعض التلاميذ الأمناء في فصله الذين أفشوا سره .

وقد أشارت الاختبارات إلى أنه متوسط القدرة العقلية . وعلى الرغم من ضآلة درجاته في المدرسة إلا أنه لم يبد أي اهتمام بهذا وأعرب عن ثقته في أنه يستطيع أن يفعل ما يريد أن يفعله . ولم يعبر بوجه عام عن عداوة أو غضب تجاه مدرسيه قائلا إن معظمهم لا بأس بهم ، ولكنه اعترض على اثنين منهم لصرامتهما . وكانت الشكوى منه عندما كان يرسل إلى مكتب ناظر المدرسة هي التضارب مع الآخرين . وقد اتضح

أنه كان يحمي أخويه الصغيرين اللذين كان يحبهما . ومن الواضح أنه لم يكن إلا قليلا من الاحترام لجدته ، ولكن ارتباطه الشديد بأمه كان واضحا ولم يتحدث عنها إلا بالخير .

العلاج :

من الممكن أن نرى بسهولة من تاريخ الحالات الثلاث السابقة أنه على الرغم من أن هؤلاء الأولاد الثلاثة قد ارتكبوا نفس الخطأ إلا أنهم كانوا مختلفين تماما . ولكي نفهم حقيقة ما قاموا به ولماذا قاموا به ، كان علينا أن ندرس تاريخ تطورهم وبيئاتهم التي نشأوا فيها ، والظروف التي أحاطت بما قاموا به . ولم يكن في مقدورنا أن نتوقع أن نفهم هؤلاء الأطفال والأسباب التي أدت إلى سلوكهم هذا ، أو أن نحدد كيف نساعدهم دون أن نعلم الشيء الكثير عن تاريخ حياتهم وخبراتهم المبكرة .

وتبسيطا للأمور تبسيطا شديدا ، يمكن أن نقول أن جون سرق لأنه كان غاضبا ، وإنه أراد أن ينتقم من مدرسته التي سببت له الشعور بالإحباط وأرادت أن تعلمه النظام ، وإنه عندما كان يحبط في الماضي كان يجد أنه يستطيع أن يصل إلى ما يريد بأن يبدي غضبه على أمه . أما فيليب فقد سرق لأنه احتاج إلى النقود للحصول على الإشباع الوحيد الذي يجده في حياته وهو الحلوى وحب الأطفال المجاورين له والأصغر سنا منه . وروس بدوره سرق لأنه توقع أن يحصل بذلك على إعجاب الأطفال الآخرين له ، وبذلك يحتفظ بمركزه كزعيم لمجموعة من الأطفال الجانحين . وتعتبر السرقة في البيئة الاجتماعية التي كان يعيش فيها جون وفيليب سلوكا سيئا وأمرا يخجل الإنسان منه . أما في البيئة الاجتماعية التي عاش فيها روس فإن السرقة تعتبر مهارة وأمرا يفخر به الإنسان ، وخاصة إذا أمكن له أن يقوم بها دون أن يضبطه أحد .

وقد كان من الضروري في علاج جون أن يصرف السيكولوجي بعض الوقت في التحدث مع أبيه . وقد اعترف الأخير بالحاجة إلى ذلك ، على الرغم من أنه كان في أول الأمر مترددا في الحضور إلى العيادة النفسية والاستغناء عن جزء من وقته المخصص لأعماله . وبعد أن عبر عن بعض مشاعره نحو زوجته وابنه استطاع أن يقبل دور الأب والوالد بمحاولة القيام بنشاط أكثر مع ابنه ، ويبذل جهد أكبر في تهذيبه (تعليمه النظام) ، وبإبداء اهتمام أكبر به . وقد اعتمد العلاج الناجح مع جون على رغبة أبيه في

أن يزود ابنه بالحب والتوجيه وقدرته على ذلك ، وكذلك على رغبة أمه في التغلب على مشكلاتها وقدرتها على ذلك .

وفي حالة فيليب كان يبدو من المفيد أن يقضي السيكولوجي وقتا أطول معه مباشرة فقد كان عمل والده وسن والدته وصحتها بحيث بدا أنه من الحكمة أن نقدم له معالجا يمكن أن يرتبط به ، ويمكن أن يساعده على أن يتقبل نفسه بشكل أقوى . وفي حالته أيضا كانت المدرسة عنصرا حاسما في علاجه . فمن المحتمل أن مشكلاته كانت ستستمر ما لم تُقوِّ المدرسة فيه الشعور بالجدارة ، وتعترف بقدراته ، وتبد بعض الاهتمام بمشكلاته . وبالتالي ، فقد تضمن علاجه عددا كبيرا من المقابلات الطويلة مع السيكولوجي الإكلينيكي تهدف إلى زيادة تقبل فيليب لذاته ، كما تضمن أيضا عدة اجتماعات بين المدرسين والمسئولين في المدرسة والسيكولوجي الإكلينيكي .

وقد كان علاج روس أصعب من علاج غيره من عدة نواح . فأمه لا تستطيع أن تترك عملها ، أما جدته فكانت مسنة جدا ، وغير مهتمة به لدرجة كبيرة . ثم إن نفس السلوك الذي أراد السيكولوجي أن يعدِّله كان مؤيدا ومدعما من أقرانه الذين يقضي معهم معظم وقته ، ومنهم يحصل على معظم إشباعاته . وعلى الرغم من أن علاج روس علاجا فرديا وتعاون المدرسة كان يمكنهما إحداث بعض التغيير ، فإنه ما لم تتم تغيرات اجتماعية كبرى في البيئة المحلية التي يعيش فيها بأكملها فإن توقعات العلاج الناجح كانت قائمة . والواقع أن لم يحاول أحد تقديم علاج جدِّي بسبب النقص في البيئة . إن وجود الأندية الخاصة بالأولاد وإمكانية استخدامها ، وكذلك الأنشطة الاجتماعية التي يوفرها المجتمع ، ووجود أخصائيين في شئون الطلبة بالمدارس ، وتوفير المساكن الملائمة والرخيصة كانت كلها تصبح ذات فائدة في علاج روس علاجا ناجحا .

إن ما توضحه هذه الحالات الثلاث هو أن علم النفس هو أساسا علم تاريخي ، فعلى العكس من الفيزياء والكيمياء والعلوم الطبيعية الأخرى التي يجب فيها أن ندرس القوى المؤثرة في الموقف لكي نفسر ظاهرة من ظواهرها ، فإنه من الضروري في علم النفس لكي نفسر ظاهرة من ظواهره وأن نتنبأ بها في المستقبل أن نعرف الخبرات السابقة للأفراد ذوي العلاقة بالحالة . فمن الممكن أن يصنف مرضى كثيرون مختلفون تحت فئة

واحدة - مثل متخلف عقلي ، فصامي ، جانح ، متلجلج ، عصابي - وذلك بسبب التشابه في سلوكهم . ولا يمكن افتراض أن الأشخاص الذين يصنفون تحت فئة واحدة هم في الحقيقة متشابهون تماما ، أو أن من الممكن علاجهم بطريقة واحدة ، أو من الممكن أن نتنبأ بسلوكهم في المستقبل من سلوكهم في الوقت الحاضر . أن "القوانين" التي تحكم اكتساب السلوك الجديد واختيار أساليب السلوك البديلة في المواقف المعقدة يفترض أن تكون واحدة بالنسبة لجميع الأفراد . ولكن لمّا كان لكل فرد خبراته التي تختلف عن خبرات غيره ، فإن كل فرد يصبح حالة فريدة ينبغي أن ندرسها في ضوء تاريخ حياته لكي نفهمها فهما تاما .

الفصل الثالث
التشخيص والتنبؤ في الطريقة الكلينيكية

عناصر الفصل الثالث :

- المقدمة
- مشكلة التشخيص
- هدف التشخيص
- مضمون التشخيص
- بنية التشخيص
- فنيات التشخيص
- منطق التشخيص ومعاييره
- التشخيص الإكلينيكي
- خصائص عملية التشخيص
- الأسس والمعايير العلمية والمهنية لعملية التشخيص
- خطوات ومراحل عملية التشخيص
- أخلاقيات مهنة التشخيص
- مناهج التشخيص
- ديناميات المقابلة
- المقابلة الإكلينيكية
- التنبؤ في الطريقة الإكلينيكية

الفصل الثالث
التشخيص والتنبؤ في الطريقة الكلينيكية

المقدمة :

إن الغرض من التشخيص النفسي الإكلينيكي هو اكتشاف أسباب معاناة الفرد وصعوبة توافقه الشخصي والاجتماعي .

وتعتبر دراسة الحالة ، والمقابلة التشخيصية ، والاختبارات النفسية المقننة المباشرة والتقارير الطبية ، والمدرسية ، والعائلية والمهنية هي مجرد وسائل تمهيديةِ في عملية التشخيص النفسي والإكلينيكي ، فالتشخيص النفسي الإكلينيكي هو نصف الطريق للوصول إلى العلاج .

والإكلينيكي بالإضافة إلى متابعته للتفاعل اللفظي يلاحظ الأبعاد الانفعالية في موقف المقابلة وانعكاساتها في تعبيرات الوجه وحركات الجسم وتوترات العضلات والتغيرات في حجم الصوت ونوعه أو في الصمت .

والإكلينيكي المتمرس يكون متيقظاً ومسجلاً لكل هذه الملاحظات ، ولا يتسرع في الاستجابة قبل تفسير معانيها ودلالاتها ونسبتها لأسبابها .

ـ مشكلة التشخيص :

إن المرض والسوية لا يتضح أحدهما إلا بالقياس إلى الآخر . فليس من الممكن أن نتصور وجود كائنات بشرية بغير مرض وبغير صراع . ومن هنا فعلم النفس الإكلينيكي ليس غير تطبيق للطرائق التي يستخدمها علم النفس المرضى في دراسة اضطرابات السلوك ، ولكنه يمتد بها إلى جميع قطاعات النشاط البشري ، بغض النظر عن اللافتة مرضية كانت أو سوية .

ـ هدف التشخيص :

إن هدف التشخيص يعد في أساسه معرفيا . ولكن يمكن أن ننظر إلى الهدف من الزاويتين : العلمية والعملية . فهدف التشخيص من الزاوية العلمية يتضح حين نضع في اعتبارنا القاعدة القائلة "إن العلم لا يكون إلا بما هو عام" ، ومن ثم فإن التشخيص لا يكون مجرد كومة من التشخيصات الجزئية المتناثرة بقدر ما هو فعل ختامي تتكامل فيه

التشخيصات الجزئية ضمن النظرة الكلية العامة . وبديهي أن الملاحظة تكون من الدقة والعمق بقدر ما تكون "عينة" مسالك الفرد ونشاطه أكثر تمثيلا .

أما هدف التشخيص من الزاوية العملية فهو أنه يزودنا بقاعدة للعمل .

- مضمون التشخيص :

إن الطب العقلي التقليدي Psychiatry على نحو ما يتضح عند كريبلين مثلا - إنما يشتمل على تصنيف يسمح برد الحالة المرضية إلى هذا الصنف أو ذاك . وذلك أحيانا هو الحال في علم النفس الإكلينيكي حيث نجد الميل إلى الاقتصار على إدراج الشخص ضمن هذا الصنف أو ذاك من أنماط الشخصية . ولكن علم النفس الإكلينيكي اليوم يأخذ على عاتقه في حالة تحديد "برنامج العمل" بما يلائم حاجات الفرد موضوع التشخيص .

إن التشخيص يمثل ويعبر عن لحظة من لحظات تطور تاريخ شخصية في علاقتها بالبيئة . ومعنى هذا أن التشخيص قد أصبح دينامياً ينصب على فرد بعينه في موقف بعينه . في لحظة بعينها؛ ولم يعد إستاتيكياً ينحصر في تحديد النمط بالرجوع إلى تصنيف جاهز .

- بنية التشخيص :

ثمة وجهان متلازمان للتشخيص : فهنالك من ناحية مماثلة الحالة الفردية وذلك بإدراجها تحت صنف عام استنادا إلى علم النفس النظري؛ ونجد من ناحية أخرى ملائمة هذا اللافتة مع الخصائص الفردية للحالة ولأصالتها الفريدة .

ومن هنا ينطوي التشخيص على عملية "تأويل" للوقائع والمعطيات Interpretation وفي هذا كله ما يذكرنا بعمليتي "المماثلة" Assimilation و"الملاءمة" Accomodation كوظيفتين أساسيتين للجهاز النفسي . فالمماثلة تستند إلى الغرائز والعادات وكل ما هو جاهز ومألوف . والملاءمة تستند إلى المحاولة والذكاء وإلى كل ما هو جديد .

- فنيات التشخيص :

تتطلب عملية التشخيص توفر نوعين من المعرفة : معرفة بالنظريات ودراية بالفنيات (التكنيكات) ، ونعني بالفنيات الطرائق التي نحصل بها على المعطيات اللازمة لإقامة التشخيص . وهذه المعطيات بدنية ونفسية ، وتنصب كلها على شخصية الفرد

موضوع الدراسة . ويمكن تصنيف هذه المعطيات تبعا للفنيات المستخدمة في الحصول عليها إلى ما يلي :

١- فنيات زمنية (تاريخية) : وهي تشتمل على صنفين أساسيين الشهادة Testimony والوثائق Document وينبغي التنبه إلى ضرورة النظرة النقدية إلى الشهادة ، وما يمكن أن تنطوي عليه من أقوال ادعائية ، فضلا عما لأحكام الشهود من قيمة نسبية .

٢- فنيات حالية : (الملاحظة المباشرة) : وتستند إلى الاتصال المباشر ما بين النفساني والشخص في صورة المقابلة الشخصية .

وفي هذا المجال يتحتم خلق جو ودي يعين على الفحص . وينصب اهتمام النفساني على أقوال الشخص وعلى سلوكه في موقف الفحص . فكل ما ينطبق به الشخص له أهميته ، ولكن لا يقل عن ذلك أهمية ما يصدر عن "الشخص في الموقف" من سلوك وما قد ينطوي عليه ذلك من اتجاهات ، مما يذكرنا باختبارات المواقف الاجتماعية .

٣- فنيات اختبارية : ويتبدى ذلك في الاتجاه المتزايد إلى الأخذ بالنزعة "الإكلينيكية المسلحة" بمعنى استعانة المنهج الإكلينيكي بالمقاييس المقننة والاختبارات والاستخبارات وما إلى ذلك من الوسائل القياسية للمنهج التجريبي .

٤- فنيات مساعدة : وذلك من قبيل دراسة الكتابة اليدوية graphology استنادا إلى الوثائق . وهذه الدراسة ينبغي أن ينظر إليها بعين الحذر ، لأن العلم لم ينته بعد إلى أنماط علمية الطابع للكتابة اليدوية . فهذا الحقل ما يزال قبل - علمي في وضعه الراهن .

وعلى أية حال فإن التشخيص الجيد يستند دائما إلى أنواع عديدة من المعطيات . ولكن رسم تاريخ الحياة والملاحظة المباشرة يظلان لب المنهج الإكلينيكي .

وفيما يتصل بالملاحظة ينبغي أن نتنبه إلى أهمية الملاحظة المتصلة بحيث تنصب الملاحظة على وقائع عيانية تنفذ إلى الدقائق ، ولا تتخذ صورة التقرير الدوري في شكليته المائعة .

٥- فنيات التحليل النفسي : وهي فنيات إكلينيكية ولا شك فالتحليل النفسي يمكن من وجه أن يتبدى قريبا من علم النفس الإكلينيكي : ذلك أننا نستطيع أن ننظر إلى التحليل النفسي على أنه الملاحظة الإكلينيكية لسلوك الشخص و"نتاجاته" اللفظية ، وذلك في جلسات متساوية الطول وموزعة بطريقة ثابتة على فترة طويلة .

ومن ناحية أخرى يمكن أن يتبدى التحليل النفسي مختلفا عن علم النفس الإكلينيكي فطرائق الملاحظة مختلفة .

ففي التحليل النفسي يتجه جانب كبير من الاهتمام إلى الملاحظة من زاوية خاصة هي زاوية الطرح ، وضمن إطار بعينه هو الحيادية . والشخص في التحليل النفسي يترك ليحدد بنفسه بنية الموقف ، أما في علم النفس الإكلينيكي فإن الإكلينيكي يسعى إلى خلق جو ودي يعين على قيام طرح موجب .

. منطق التشخيص ومعاييره :

إن التشخيص الحق لا يقتصر على "رصد" معطيات الواقع دون وحدة كلية فلابد من "تأويل" معطيات الواقع ، بمعنى إعادة بنائها بناء جديد . فالهدف من التشخيص هو تحديد وتفسير سلوك الشخص في علاقاته بالبيئة بمعنى فهم دلالة هذا السلوك ووظيفته .

. كثرة الوقائع ووحدة التأويل :

وهنالك فيما يبدو ثلاث مراحل يجتازها الفكر في سيره :

١- تحديد المشكلة : فمن الأيسر الاضطلاع بدراسة تنصب على مشكلة صريحة وسؤال محدد عن وجهة بعينها بدلا من الدراسة الفضفاضة التي لا تتمايز فيها بؤرة الاهتمام . ومن هنا يتحتم استخلاص "فروض للعمل" كيما يمكن صياغة "برنامج العمل" .

٢- دراسة الحالة : وتبعا للمعطيات التي حصلنا عليها في المرحلة السابقة التي تعد للحظة الأولى من لحظات الفكر تتحدد وجهة الدراسة . وفي نهاية كل مسيرة نتوقف لنستخلص ما انتهينا إليه ، رادين كثرة الوقائع إلى وحدة التأويل ، فوقائع جديدة فتأويل أكثر عمقا وهكذا دواليك . فالتشخيص عملية دينامية يستحيل من الناحية النظرية أن تتوقف .

٣- إقامة التشخيص : ولكن يأتي وقت ، من الناحية العملية يتحتم فيه على النفساني أن يتوقف وقد استطاع أن يرد كثرة الوقائع والتأويلات إلى وحدة التشخيص ، مما يجيب على المتطلبات الملحة للواقع .

وهناك ثلاثة معايير هي بمثابة مبادئ تحكم إقامة التشخيص وهي :

١ـ مبدأ وفرة المعلومات information

٢ـ ومبدأ التكامل integration أو التماسك cohesion

٣ـ ومبدأ الاقتصاد economy .

- فمبدأ وفرة المعلومات : يعني أن درجة اليقين أو الاحتمال في التشخيص إنما تتوقف على ثراء ودقة المعطيات التي تم جمعها .
- ومبدأ التكامل : يعني إقامة وحدة كلية واحدة من المعطيات مما يتطلب الكشف عن العامل المشترك . فالمعطيات التي تم جمعها ينبغي أن تأتلف وتنتظم ضمن الشخصية برمتها ، وفي وحدتها التاريخية ، وفي علاقاتها الراهنة بالبيئة .
- ومبدأ الاقتصاد : يعني أن أكثر التأويلات معقولية هو هذا الذي يتيح تفسير أكبر عدد من الوقائع بأقل عدد من الفروض .

وهناك بعض المبادئ التي تعد بمثابة معايير ثانوية : ومن قبيل ذلك (معيار الخصوبة) ومعناه أن التشخيص ليس له من قيمة إلا حين يأتي بجديد يستنطق الوقائع ، وهناك (معيار الانتظار) بمعنى أن التشخيص لا يعدو أن يكون حكما مؤقتا ، ومن ثم يظل النفساني في حالة انفتاح عقلي تتيح له أن يعدل تشخيصه إذا ما برزت أية وقائع جديدة . وهناك أيضا (معيار التقاء الوقائع) فالتأويل الذي ترتد إليه كثرة من الوقائع الواردة في الأحلام مثلا ينبغي أيضا أن ترتد إليه كثرة من الوقائع المماثلة في المسالك اليومية للشخص ، وضمن إطار الطرح العلاجي .

- مناهج التشخيص (الفحص) النفسي الإكلينيكي :

تعددت مناهج البحث العلمي لدراسة الحالة وبرزت ثلاث مناهج تعد من أهم الوسائل التي تحقق التشخيص الإكلينيكي الدقيق للوصول للعلاج الصحيح وهذه المناهج هي :

أولاً : منهج دراسة الحالة :

هي طريقة علمية منظمة لجمع المعلومات والبيانات عن العميل يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي كي تساعده على الوصول لتحديد مشكلة الفرد والمساعدة في علاجها .

ثانياً : منهج المقابلة التشخيصية :

أما المقابلة التشخيصية فإنها تتيح للأخصائي فرصة الملاحظة المباشرة لسلوك المريض .

ثالثاً : منهج الاختبارات النفسية :

وتشمل قياس الذكاء ،التدهور العقلي ، التفكير ، الذاكرة

ـ دراسة الحالة : وتتضمن ستة أقسام هي :

١ـ البيانات الأولية	٢ـ التاريخ التعليمي
٣ـ التاريخ المهني	٤ـ التاريخ الأسري
٥ـ التاريخ الشخصي	٦ـ الصحة النفسية

ـ البيانات الأولية وتشمل :

(الاسم ، الجنس ، تاريخ ومكان الميلاد ، الحالة الاجتماعية ، المدرسة ، السنة الدراسية ، المهنة) .

ـ التاريخ التعليمي ويشمل :

(سنة دخول المدرسة ، عمره عند الدخول ، استجابته للدراسة ، مستواه الدراسي السابق ، مستواه الدراسي الحالي ، عدد مرات رسوبه ، أسباب الرسوب ، رغبته في الدراسة ، رغبة الوالدين في مواصلته للدراسة ، علاقة الحالة بالمدرسين والإدارة) .

ـ التاريخ الأسري ويشمل :

المعلومات التالية عن الأب والأم (الاسم ، السن ، المستوى التعليمي ، العلاقة بالأبناء ، الانفصال ، حالة الوفاة ، العلاقة بين الوالدين ، عدد مرات الزواج والطلاق ، الإخوة والأخوات ، السكن ، عدد الحجرات ، مكان السكن الأمراض العائلية) .

- التاريخ الشخصي :

ويشمل المعلومات التالية (مكان الولادة ، حالة الأم أثناء الحمل ، الولادة طبيعية أم لا ، العقاقير التي تتناولها الأم أثناء الحمل ، الرضاعة ، مشاكل النمو ، أمراض الطفولة ، الحياة الانفعالية في الطفولة ، الهوايات ، الميول ، سلامة الحواس ، الاتجاهات مع الناس ، التوافق الاجتماعي ، النوم ، الأكل ، المزاج ، الانتباه والتركيز ، الذاكرة الكلام ، الإجابات عن الأسئلة ، الأفكار التسلطية ، وصف الذات ، العلاقات الاجتماعية ، العزلة ، الانسحابية ، التفاؤل التشاؤم ، النشاط الحركي ، الكسل الاهتمامات والميول ، الخجل ، العناد ، التمرد ، الشك ، المخاوف ، الهدوء ، الصمت السلبي ، الاتكالية ، العدوان ، المسالمة والحب) . ويعتمد التشخيص الإكلينيكي على ملاحظة الفاحص لوجود أي شذوذ في تلك الوظائف .

ومن الممكن التعرف على مظاهر الاضطراب النفسي دون صعوبة كبيرة ، كما يمكن أن نعزو الصعوبة التي يلقاها الطالب عند فحصه مريضا نفسيا إلى ما يلي:

١- نقص المعرفة الكافية بطريقة الفحص .
٢- قلة الممارسة .

وما نرمي إليه في هذا الكتاب هو أن نقدم دليلا عمليا ومبسطا للغة الطب النفسي ومتلازماته المرضية (**syndromes**) :

وعلى الأخصائي أن يتذكر دوما :

١- أن يصغي بعناية لحديث مريضه .
٢- أن يسجل بدقة جميع المعلومات التي تتعلق بمريضه .
٣- أن يتجنب التأويل والتخمين فيما يتعلق بقصد المريض .
٤- أن يستقي التاريخ المرضي من أكبر عدد ممكن من الأشخاص الذين يعايشون المريض .
٥- أن يقتصر على استخدام المصطلحات التي يفهمها .

أولاً : منهج دراسة الحالة :

هي طريقة علمية منظمة لجمع المعلومات والبيانات عن العميل يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي كي تساعده على الوصول لتحديد مشكلة الفرد والمساعدة في علاجها .

ثانياً : منهج المقابلة التشخيصية :

أما المقابلة التشخيصية فإنها تتيح للأخصائي فرصة الملاحظة المباشرة لسلوك المريض .

ثالثاً : منهج الاختبارات النفسية :

وتشمل قياس الذكاء ،التدهور العقلي ، التفكير ، الذاكرة

ـ دراسة الحالة : وتتضمن ستة أقسام هي :

١ـ البيانات الأولية	٢ـ التاريخ التعليمي
٣ـ التاريخ المهني	٤ـ التاريخ الأسري
٥ـ التاريخ الشخصي	٦ـ الصحة النفسية

ـ البيانات الأولية وتشمل :

(الاسم ، الجنس ، تاريخ ومكان الميلاد ، الحالة الاجتماعية ، المدرسة ، السنة الدراسية ، المهنة) .

ـ التاريخ التعليمي ويشمل :

(سنة دخول المدرسة ، عمره عند الدخول ، استجابته للدراسة ، مستواه الدراسي السابق ، مستواه الدراسي الحالي ، عدد مرات رسوبه ، أسباب الرسوب ، رغبته في الدراسة ، رغبة الوالدين في مواصلته للدراسة ، علاقة الحالة بالمدرسين والإدارة) .

ـ التاريخ الأسري ويشمل :

المعلومات التالية عن الأب والأم (الاسم ، السن ، المستوى التعليمي ، العلاقة بالأبناء ، الانفصال ، حالة الوفاة ، العلاقة بين الوالدين ، عدد مرات الزواج والطلاق ، الإخوة والأخوات ، السكن ، عدد الحجرات ، مكان السكن الأمراض العائلية) .

- التاريخ الشخصي :

ويشمل المعلومات التالية (مكان الولادة ، حالة الأم أثناء الحمل ، الولادة طبيعية أم لا ، العقاقير التي تتناولها الأم أثناء الحمل ، الرضاعة ، مشاكل النمو ، أمراض الطفولة ، الحياة الانفعالية في الطفولة ، الهوايات ، الميول ، سلامة الحواس ، الاتجاهات مع الناس ، التوافق الاجتماعي ، النوم ، الأكل ، المزاج ، الانتباه والتركيز ، الذاكرة الكلام ، الإجابات عن الأسئلة ، الأفكار التسلطية ، وصف الذات ، العلاقات الاجتماعية ، العزلة ، الانسحابية ، التفاؤل التشاؤم ، النشاط الحركي ، الكسل الاهتمامات والميول ، الخجل ، العناد ، التمرد ، الشك ، المخاوف ، الهدوء ، الصمت السلبي ، الاتكالية ، العدوان ، المسالمة والحب) . ويعتمد التشخيص الإكلينيكي على ملاحظة الفاحص لوجود أي شذوذ في تلك الوظائف .

ومن الممكن التعرف على مظاهر الاضطراب النفسي دون صعوبة كبيرة ، كما يمكن أن نعزو الصعوبة التي يلقاها الطالب عند فحصه مريضا نفسيا إلى ما يلي:

١- نقص المعرفة الكافية بطريقة الفحص .
٢- قلة الممارسة .

وما نرمي إليه في هذا الكتاب هو أن نقدم دليلا عمليا ومبسطا للغة الطب النفسي ومتلازماته المرضية (**syndromes**) :

وعلى الأخصائي أن يتذكر دوما :

١- أن يصغي بعناية لحديث مريضه .
٢- أن يسجل بدقة جميع المعلومات التي تتعلق بمريضه .
٣- أن يتجنب التأويل والتخمين فيما يتعلق بقصد المريض .
٤- أن يستقي التاريخ المرضى من أكبر عدد ممكن من الأشخاص الذين يعايشون المريض .
٥- أن يقتصر على استخدام المصطلحات التي يفهمها .

ـ طرق جمع المعلومات عن الحالة :

١- السجل الشخصي للطالب (السجل الشامل ، ملف الطالب) .

٢- المقابلة المباشرة مع العميل (الطالب) .

٣- الأسرة (مقابلة ولي الأمر أو الاتصال الهاتفي) .

٤- المعلم (ملاحظات المعلم على الطالب في داخل الفصل) .

٥- التشخيص الطبي والنفسي (عن طريق مراكز متخصصة) .

ـ أنواع التشخيص :

١ـ النوع الأول : هو الجهود التي يبذلها الأخصائي لأجل تسمية المرض باسم معين بناءاً على تجمع مجموعة من الأعراض في نفس اللحظة .

٢ـ النوع الثاني : هو التشخيص وفقا لديناميات المرض أي كيف بدأ وتطور المرض .

ـ أدوات التشخيص الإكلينيكي:

١ـ دراسة الحالة .

٢ـ المقابلة الإكلينيكية .

٣ـ الاختبارات النفسية .

ـ مهام التشخيص :

ـ اتخاذ القرارات :

وهو جانب أساسي من جوانب عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي حينما يقوم بدراسة حالة معينة فإنه لا بد وأن يأخذ عدة قرارات بشأنها مثلاً :-

ـ أن تقبل الحالة في العيادة التي سيعالج بها .

ـ أن يتم تحويلها إلى عيادات أخرى مع تلقي العلاج المناسب .

ـ هل تنعزل عن الأهل أم لا .

ـ يستطيع الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يساعد الناس على اتخاذ القرارات سواء في مجال الدراسة أو مجالات الحياة أو التخصص أمور تتعلق بالحياة الاجتماعية الحياتية .

- الدراسة الإكلينيكية Clinical Study :

تشير عملية الدراسة كما عرفتها الحاروني "إلى أنها الوقوف على طبيعة الحقائق والقوى المختلفة النابعة من شخصية العميل والكامنة في بيئته والطريقة التي تتفاعل بها لإحداث الموقف الذي يعاني منه العميل وذلك بقصد التشخيص الذي يؤدي للعلاج الاجتماعي" (الحاروني ،١٩٧٦ : ١٩٤) .

أما عثمان فقد عرف عملية الدراسة الإكلينيكية "بأنها عملية مشتركة تهدف إلى وضع كل من العميل والأخصائي الاجتماعي على علاقة إيجابية بالحقائق الاجتماعية والنفسية بهدف تشخيص المشكلة ووضع خطة العلاج" (عثمان ، ١٩٩٢: ١٤٩) .

وعملية الدراسة من المنظور الإكلينيكي تتضمن تجميع المعلومات حول الحالة ودراستها وتحليليها ، بهدف الوصول لفهم أفضل للعميل يساعد في تحديد مشكلته وتشخيصها بهدف التخطيط للخدمات العلاجية والإرشادية اللازمة ، مع مراعاة أن تكون تلك المعلومات مهمة في عملية التشخيص وصولاً لعملية العلاج ، أي أن تكون محددة بمناطق معينة وتختلف تلك المناطق باختلاف طبيعة المشكلة ووظيفة المؤسسة (زينب شقير ، ٢٠٠٢: ٦٠؛ السنهوري ، ٢٠٠٣: ٣٦٢) .

- التشخيص الإكلينيكي Diagnosis Clinical :

يشير التشخيص إلى الوصول لفهم لمشكلة العميل من خلال التحديد الدقيق لمشكلة العميل ، وذلك عن طريق تصنيف وتحديد الأعراض التي تصف مشكلة ما ، بناءً على معايير محددة وثابتة نسبياً ، تمكن من القيام بتنظيم وتقسيم نوعي للأعراض أو المشكلات إلى أصناف ومجموعات وتصنيف الحالات المتشابهة وفقاً لهذه المجموعات والتصنيفات ، مع مراعاة مستوى المشكلة وحدتها أو درجتها وفقاً لتواجد الأعراض الممثلة لها . أيضاً تتضمن عملية التشخيص تحديد العوامل التي أدت لحدوث المشكلة وذلك من أجل الوصول لتقرير وحكم صادق لوضع العميل ومشكلته يساعد على اختيار أفضل الأساليب العلاجية التي تتناسب مع طبيعة المشكلة (Compas & Gotlib, 2002:440) .

كما يُعرف التشخيص بأنه "التقويم العلمي الشامل لحالة محددة ، ويتضمن المعلومات والأعراض بنوعيها الكمي quantitative والكيفي qualitative ويتم بوسائل متعددة" (زينب شقير ، ٢٠٠٢: ٣٥؛ ياسين ، ١٩٨١ : ١٠٥) .

والتشخيص الإكلينيكي يكون منطلقاً من مفاهيم أو فرضيات النظريات العلمية ، أو يكون بناءً على نتائج تجريبية لحالات مشابهة أو بناءً على نتائج أظهرها تطبيق مقاييس أو اختبارات لقياس مشكلة محددة (ياسين ، ١٩٨١: ١٠٥) .

ويتم وفق خطوات ومراحل علمية بهدف الوصول لتحديد واضح للمشكلة . ويهدف التشخيص الإكلينيكي إلى تكوين صورة واضحة عن الفرد أو العميل ، بقصد تقديم المساعدة له بناءً على ما يتم الوصول إليه خلال عملية التشخيص من تحديد لمشكلته ولطبيعتها ونوعها ، وحجمها .

ـ الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي Clinical Social Worker :

الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي هو من يمارس مهنة الخدمة الاجتماعية ، بصورتها المباشرة وذلك بإجراء التدخلات المهنية القائمة على أسس نظرية مع العملاء سواء كانوا أفراداً أو جماعات أو مجتمعات . والأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي يكون في العادة حاصلاً على مؤهل علمي في تخصص الخدمة الاجتماعية يخوله ممارسة المهنة .

إلى جانب توافر بعض الصفات الشخصية والاستعداد النفسي بالإضافة لامتلاكه العديد من المهارات التي تساعده على القيام بعملية المساعدة المهنية بكفاءة عالية (سليمان وآخرون ،٢٠٠٥: ١٠٥) .

والأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي يقوم بدور المعالج الذي يساعد الأفراد في التغلب على المشكلة ، أو الحد من آثارها عليهم أو على المحيطين بهم . ويمتلك العلم والخبرة والمهارة التي تساعده على أداء عمله . ويستخدم أدوات وأساليب محددة وموارد متخصصة لتحقيق أهدافه (نيازي ، ١٤٢١: ٢٥٦) .

وتُعرف الجمعية الوطنية للأخصائيين الاجتماعيين NASW الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي "بأنه ممارس يتطلب إعداده تعليماً وخبرة تمكنانه من توفير خدمات وقائية" .

- التشخيص المستقبلي Prognosis :

هي العملية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي لتقدير الاحتمالات المستقبلية للمشكلة من حيث المراحل التي يمكن أن تمر بها واتجاهاتها ونتائجها (نيازي ، ١٤٢١: ٢٠٩) .

وهذه الاحتمالات لا تكون بناءً على توقعات شخصية للأخصائي الاجتماعي بل يجب أن تنطلق من نتائج دراسات سابقة تناولت نفس المشكلة ، كما يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يعتمد على النظريات المفسرة للسلوك الإنساني لمساعدته على التنبؤ بسلوك العميل وأدائه في المستقبل . والاحتمالات التي يصل لها الأخصائي الاجتماعي إما أن تكون للمستقبل القريب ، أي ما سيكون عليه وضع العميل خلال الفترة التي تلي عملية التدخل المهني مباشرةً ، أو أن تكون على المدى البعيد (Compas & Gotlib, 2002:147) .

كما أن عملية التشخيص المستقبلي ، لا تشير فقط لسير المشكلة والتنبؤ بنتائجها ، بل أيضاً تشير للعملية التي من خلالها يستطيع الأخصائي الاجتماعي أن يتنبأ بأداء العميل بعد انتهاء عملية التدخل المهني . وهناك عوامل عدة تؤثر في صدق ودقة الاحتمالات المستقبلية ، تضع في اعتبارها الطبيعة البشرية والأحداث المحتملة التي قد تطرأ على حياة الأفراد وتغير في مسار حياتهم ، كما تتضمن عملية التشخيص المستقبلي التنبؤ بالاستجابات المتوقعة للعملية العلاجية ، من حيث نجاحها أو فشلها (مليكة ، ١٩٩٢: ٥٧) .

- خصائص عملية التشخيص :

تتميز عملية التشخيص بكونها عملية منظمة ومتسقة تنصهر فيها كل معطيات المهنة ، وتبرز من خلالها قدرات ومهارات الأخصائي الاجتماعي ، فالتشخيص له عدد من الخصائص من حيث كونه عملية تجمع بين العلمية والمهارة ، وبين الموضوعية من حيث ارتكازه على أسس ومعايير ومحكات علمية ، وما بين كونه يتطلب مجهوداً ومهارة من الأخصائي الاجتماعي في سبيل صياغته ، وحتى في سبيل تمييز الأعراض التي تقف وراء المشكلة وتمثلها . ومن حيث كون التشخيص ليس هدفاً نهائياً بل هو جزء من عملية متصلة تهدف إلى تقديم المساعدة المهنية لعميل الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية .

وأيضاً لكونه عملية مشتركة ما بين الأخصائي الاجتماعي والعميل ، فالأخصائي الاجتماعي لا يمكنه الوصول لتشخيص سليم لمشكلة عميله في حال لم يجد تعاونا من العميل ولم يشترك معه في كل خطوة من خطواته .

وهناك خصائص لعملية التشخيص تتمثل في التالي :

١ـ يجمع بين التصنيف العام والفردية الخاصة : فالتشخيص ينطوي على عمليتين أساسيتين الأولى وهي" التصنيف العام" وتعني تصنيف الحالة وفقاً للمشكلة ضمن نمط عام استناداً إلى معايير ومحكات محددة ، تمكن من إدراجها ضمن ذلك التصنيف ، كتصنيف حالة طفل بأنها "إيذاء جسدي" . أما العملية الثانية فهي ما يشار لها بعملية "التفريد" وتشير إلى التعرف على الخصائص الفردية للحالة ، والعوامل المتعلقة بهذه الحالة وظروفها التي تفاعلت مع بعضها البعض لتؤدي لحدوث المشكلة ، وأثرت في حدوثها وفي حدتها .

فالتشخيص وفقاً لذلك ليس مجرد إلصاق مسميات لمشكلات بالأفراد ، بل هو عملية تنظيمية تهدف إلى وضع إطار عام للمشكلات ، وفي نفس الوقت إبراز النواحي الفردية للعملاء وأخذها في الاعتبار لاختلاف طبيعة الأفراد وظروفهم وتأثير تلك العوامل في حدوث المشكلات .

٢ـ يرتكز التشخيص على أسس علمية : تقوم عملية التشخيص على أسس علمية موضوعية ، تجعل من النتائج المتحصل عليها من خلال عملية التشخيص نتائج تعكس الواقع ، وتتمثل تلك الأسس في توظيف النظريات العلمية ، وتوظيف المقاييس النفسية والاجتماعية ، والاعتماد على معايير ومحكات علمية ، ونتائج دراسات وبحوث علمية (سامية القطان ، ١٩٨٠: ٥٤؛ زينب شقير ، ٢٠٠٢: ٣٨ـ٣٩) .

٣ـ أن التشخيص أسلوب عملي لتحديد العلاج وليس بحثاً وراء العلل : يسعى التشخيص إلى الوصول لفهم واضح ودقيق للمشكلة ، لهدف محدد وهو اختيار الأساليب العلاجية المناسبة لطبيعة تلك المشكلة والظروف التي حدثت فيها ، وطبيعة العميل ، فالتشخيص وفقاً لذلك عملية لها هدف

محدد ، ألا وهو فهم المشكلة تمهيداً للتدخل لعلاجها (عثمان ، ١٩٩٢: ٢٢٠-٢٢١؛ الصديقي ، ٢٠٠٢: ١٥٨) .

٤ـ التشخيص عملية مشتركة بين العميل والأخصائي الاجتماعي : في الوقت الذي تعتمد فيه عملية التشخيص على مجهود الأخصائي الاجتماعي وعلى قدراته العلمية والمهارية التي تمكنه من القيام بعملية التشخيص . فإن للعميل دوراً في نجاح عملية التشخيص ، فتعاونه ووضوحه وتقبله للأخصائي الاجتماعي ولعملية المساعدة سيحثه على تزويد الأخصائي الاجتماعي بالمعلومات التي تساعد على الوصول لتشخيص سليم لوضع العميل . كما أن من حق العميل أن يطلع على ما توصل له الأخصائي الاجتماعي من استنتاجات حول المشكلة بما يساعد العميل في فهم وضعه ومشكلته (عثمان ، ١٩٩٢: ٢٢٠-٢٢١) .

٥ـ يعتمد التشخيص على دراسة المشكلة الحالية وتحديدها والتنبؤ بوضع الحالة والمشكلة في المستقبل : يسعى التشخيص إلى دراسة الوضع القائم للعميل وظروفه ، وذلك بهدف تحديد المشكلة ،كما تتضمن عملية التشخيص التنبؤ بسير المشكلة في المستقبل (سامية القطان ، ١٩٨٠: ٥٤) .

وتقدير النتائج المحتملة للعملية العلاجية ، وكذلك تقدير وضع العميل في المستقبل في حال ما إذا تمكن من تجاوز مشكلته ، أو في حال لم يتلق المساعدة المهنية واستمرت المشكلة التي يعاني منها .

ـ الأسس والمعايير العلمية والمهنية لعملية التشخيص :

تتطلب عملية التشخيص ، حتى تحقق الهدف منها أن تقوم على أسس ومعايير علمية تساعد في نهاية المطاف على الوصول لتشخيص دقيق وعلمي يمكن الاستناد عليه لفهم مشكلة العميل ، فالتشخيص عملية معرفية ومهنية ، أي تتضمن جانباً علمياً وعملياً ، فهو نشاط يتم من خلاله تنظيم الجزئيات المتناثرة حول المشكلة وفهمها في سياقها البيئي الذي حدثت فيه ، بغرض الوصول لنظرة كلية عامة تتسم بالثبات يمكن من خلالها تحديد أسلوب العلاج المناسب أو التدخل الذي يساعد على تجاوز المشكلة (الداهري ، ٢٠٠٥: ١٧٢؛ زينب شقير ، ٢٠٠٢ :٣٨) .

وكلما أمكن الاعتماد على تلك الأسس والمعايير العلمية كلما أمكن الاعتماد على التشخيص المتوصل إليه ، كما أن الأخذ بكافة تلك الأسس العلمية ومراعاتها عند القيام بعملية التشخيص سيؤدي إلى مزيد من الاتساق بين الممارسين المهنيين في تطبيق عملية التشخيص .

وتتمثل الأسس والمعايير العلمية والمهنية لعملية التشخيص في العناصر التالية :

١ـ النظرية العلمية : تشكل النظرية العلمية أحد الأسس العلمية التي تساعد على توجيه الأخصائي الاجتماعي في كل خطوة من خطوات تدخله المهني ، وفي عملية التشخيص يكون دورها أكثر بروزاً ، فمن خلال فرضياتها يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يركز على المناطق الأكثر تأثراً ، وتساعده النظرية على تفسير الحقائق التي تظهر وتنظيمها في سياق فكري يُمكّن من تفسيرها وفهمها ، بما يجيب على تساؤلاته ويساعده على تحديد المشكلة (Brandell, 1997: xiv) .

نظري تفسير مختلف للوقائع والمواقف الإشكالية ، كما تتفاوت النظريات في مدى قدرتها على إعطاء تفسيرات أقرب للواقع وذلك بناءً على أسلوب بناء النظرية ودرجة اختبارها التجريبي في الواقع ، وكذلك مدى ملاءمتها في التعامل مع المشكلة المعنى الأخصائي الاجتماعي بالتعامل معها ، التي يمكن التأكد منها من خلال الدراسات والبحوث التجريبية التي تسعى لتحديد مدى ملاءمة نظرية ما في تفسير وتوجيه الأخصائي الاجتماعي عند العمل مع مشكلة محددة (زيدان وآخرون ، ٢٠٠٢: ٥؛ الدامغ ، ٢٠٠٠: ٧-٩) .

٢ـ الإعداد النظري للأخصائي الاجتماعي والتخصص في مجال من مجالات الممارسة : يلعب الإعداد النظري للأخصائي الاجتماعي دوراً بارزاً في أن يكون لديه أساس علمي يمكنه من فهم متطلبات عمليات الممارسة ، وبالتالي يوجهه أثناء ممارسته المهنية (Compton & Galaway, 1999: 28) .

وكذلك في مدى توفر المعرفة النظرية والعلمية لديه حول طبيعة المشكلات التي يتعامل معها ، فكلما كان لديه معرفة أكبر حول خصائص المتعرضين لمشكلة من المشكلات وفهم لأسباب حدوثها والآثار المترتبة عليها كلما أدى ذلك لأن يكون لدى

الأخصائي الاجتماعي الخلفية التي تساعده على تفسير الحقائق المتاحة أمامه وتجميعها بشكل يساعده على الوصول لفهم للمشكلة التي يتعامل معها وقدرة على تحديدها وتحديد الأساليب العلاجية التي تتلاءم معها . كما يشكل التخصص أثناء الممارسة في مجال محدد من مجالات الممارسة أحد المقومات الأساسية التي تساعد على أن يكون هناك تركيز ومعرفة كافية لدى الأخصائي الاجتماعي في التعامل مع مشكلات ذلك المجال وطبيعة العملاء ، فمشكلات الإدمان تختلف عن مشكلات الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ، وتختلف عن مشكلات المسنين ، والأخذ بكل تلك الاعتبارات سيساهم في أن تتم عمليات الممارسة في إطار من التخصص العلمي ، وأن تحقق أهدافها المهنية (سليمان وآخرون ، ٢٠٠٥: ٣٢-٣٣) .

٣ـ توظيف أدوات ومقاييس علمية وموضوعية : تشكل الأدوات العلمية والمقاييس أسلوباً يساعد على تحقيق الموضوعية في الوصول للحقائق ، وفي التحديد الدقيق للمشكلة ، وكذلك في اختصار الجهد والوقت ، وقد يكون توفر أدوات القياس الموضوعية لدى الطبيب أحد عوامل نجاح عملية التشخيص في مجال الطب (عثمان ، ١٩٩٢: ٢١٨) .

فتطبيق المقاييس العلمية -المتاحة في إطار ممارسة الخدمة الاجتماعية- يساعد في أن يحدد الأخصائي الاجتماعي مشكلته وكذلك في تحديد حدتها ودرجتها . ولا تتوقف أدوات الأخصائي الاجتماعي عند المقاييس ، فلديه عدد من الأدوات التي تساعده على الوصول لتشخيص علمي ومنطقي لمشكلة عميله ، فالمقابلة والملاحظة تُعد من الأدوات الرئيسة لعمليات . (وتختلف النظريات فيما بينها في التوجيه ، فلكل نظرية أو توجه نظري تفسير مختلف للوقائع والمواقف الإشكالية ، كما تتفاوت النظريات في مدى قدرتها على إعطاء تفسيرات أقرب للواقع وذلك بناءً على أسلوب بناء النظرية ودرجة اختبارها التجريبي في الواقع ، وكذلك مدى ملاءمتها في التعامل مع المشكلة المعنى الأخصائي الاجتماعي بالتعامل معها ، التي يمكن التأكد منها من خلال الدراسات والبحوث التجريبية التي تسعى لتحديد مدى ملاءمة نظرية ما في تفسير وتوجيه الأخصائي الاجتماعي عند العمل مع مشكلة محددة) (زيدان وآخرون ، ٢٠٠٢: ٥؛ الدامغ ، ٢٠٠٠: ٧-٩) .

٤ـ المهارات المهنية : تشكل المهارات المهنية البوتقة التي تنصهر فيها معظم المعارف النظرية للحصول على ممارسة تتسم بالمهنية والعلمية في آن واحد ، وبصفة عامة فإن المهارات المهنية مطلب في كل خطوة من خطوات الممارسة المهنية ككل (عبد الغفار وآخرون ، ٢٠٠٣: ١٢) .

وفي عملية التشخيص يكون لها دور مهم ، فهي تشكل أحد الأسس والمعايير المهنية التي يمكن أن يعتمد عليها نجاح عملية التشخيص . فكلما كان لدى الأخصائي الاجتماعي القدرة والمعرفة التي تُمكّنه من تطبيق معارفه كلما تسنى له الاستفادة من المعطيات النظرية المتاحة أمامه . فكل الأسس العلمية لا تكون ذات فائدة إذ لم يستطع الأخصائي الاجتماعي استنتاج النتائج منها وتنظيمها بشكل متسق ومنطقي . يساعده فيما بعد على الوصول للصياغة النهائية للتشخيص لينطلق بعد ذلك في الخطوات التالية من حيث اختيار وتنفيذ الأساليب العلاجية المناسبة .

٥ـ توطيد العلاقة المهنية : ينظر لها على أنها المعبر الرئيس للخدمات التي يقدمها الأخصائي الاجتماعي ، فمن خلال العلاقة المهنية الوطيدة يمكن تنفيذ كل الخطوات والعمليات المهنية ، وترى بعض وجهات النظر أنه لا يمكن الانطلاق في عملية التشخيص قبل أن تصل العلاقة المهنية إلى مستوى جيد من الثقة المتبادلة . (Mattaini, 1997: 23) فالعميل يُعد المصدر الأساسي الذي يمكن الاعتماد عليه في التعرف على حقائق المشكلة والعوامل المرتبطة بها ، وقبل توطيد العلاقة المهنية فإن العميل لن يعطي الأخصائي الاجتماعي كل الحقائق التي يرغب بها ، لذا كان على الأخصائي الاجتماعي أن يبذل قصارى جهده لتوثيق تلك العلاقة ، فهي أحد الأسس والمعايير المهنية التي تتطلبها عملية التشخيص (غباري ، ١٩٨٢: ١٠٦؛ محمد ، ١٩٩٣: ١٣٥) .

وذلك للأسباب التالية:

أولاً: إذا تم توطيد العلاقة المهنية فإن الأخصائي الاجتماعي سيصل لمستوى من الثقة في المعلومات المتحصل عليها عن طريق العميل .

ثانياً: يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يستخدم أدواته المساعدة كالمقاييس النفسية والاجتماعية ، إذ لن يجد رفضاً أو مقاومة من العميل ، وكذلك سيقل تحايله في الإجابة على تلك المقاييس .

- خطوات ومراحل عملية التشخيص :

١- مرحلة التزود بالمعلومات .

٢- مرحلة التقدير .

٣- مرحلة التصنيف وتحديد المشكلة .

٤- مرحلة التشخيص المستقبلي .

٥- مرحلة الصياغة النهائية للتشخيص وتحديد خطوات العلاج .

تتم عملية التشخيص وفق خطوات ومراحل متتابعة تهدف في نهايتها للوصول لرأي حول طبيعة المشكلة التي يعاني منها العميل وأسلوب العلاج الذي يتناسب معها ، وإن كان بأي حال من الأحوال -في واقع الممارسة- لا يمكن الفصل القاطع بين كل مرحلة والتي تليها ، لتداخلها مع بعضها البعض ، وأيضاً لتداخل خطوات ومراحل التشخيص مع خطوات عملية المساعدة ككل كالدراسة والعلاج . فبعض خطوات عملية التشخيص تتداخل مع خطوات عملية الدراسة ، وبعضها كذلك تتداخل مع خطوات عملية العلاج ، فعمليات الممارسة مترابطة ومستمرة في كل خطوة من خطوات التدخل المهني (عثمان ، ١٩٩٢: ٣٠٦) .

وتختلف في واقع الأمر خطوات ومراحل عملية التشخيص ، وتتفاوت متطلبات كل خطوة بناءً على اختلاف النظرية الموجهة ، وأيضاً فإن لطبيعة المشكلة وطبيعة العميل دوراً في الأسلوب المتبع لتحقيق عملية التشخيص ، فعملية التشخيص وفقاً للنظريات والمداخل التقليدية- عملية تحتاج إلى وقت وتركيز في إنجازها وتتم على مراحل وخطوات متعددة ، وعلى عكس ذلك تكون عملية التشخيص وفق المداخل العلاجية قصيرة المدى ، إذ إن عملية التشخيص لا بد أن تتم وفق خطوات قليلة وقصيرة ، وليس هناك حاجة ولا حتى وقت كافٍ للتعمق فيها ، لأن المهم هو أساليب التدخل والعلاج ، أكثر من عملية الدراسة والتشخيص ، ولكل وجهة نظر مبرراتها .

ومهما اختلفت وجهات النظر فإن المهم هو الوصول لتدخل يتناسب مع طبيعة المشكلة ويحقق في النهاية نجاح عملية التدخل المهني وفاعليتها .

ويمكن تحديد الخطوات الأساسية لعملية التشخيص في خمس خطوات رئيسة تتضمن بعض الخطوات أكثر من مرحلة أو خطوة ، مع الأخذ في الاعتبار أن تلك الخطوات قد تتفاوت وتختلف بناء على اختلاف النظرية الموجهة ، وطبيعة المشكلة ، وطبيعة العميل . ويمكن تحديدها في الخطوات التالية :

الخطوة الأولى : مرحلة التزود بالمعلومات :

تتضمن الخطوة الأولى من خطوات عملية التشخيص ، مرحلة التزود بمعلومات كافية عن العميل وعن مشكلته ، وذلك من خلال القيام بعملية جمع لأكثر العوامل والجوانب تأثيراً في حدوث المشكلة ، سواء من العميل نفسه من خلال المقابلات التشخيصية ، أو من خلال الاطلاع على سجلات ووثائق مرتبطة به ، أو أفراد محيطين به ، وتبدأ تلك الخطوة في مرحلة مبكرة من اتصال العميل بالأخصائي الاجتماعي ، وتتم وفق خطوات متتالية وباستخدام إجراءات محددة ، تمكنه من الوصول للمعلومات التي تفيد في عملية فهم مشكلة يمكن الاطمئنان للنتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق تلك الأدوات .

الخطوة الثانية : مرحلة التقدير :

تأتي مرحلة التقدير كخطوة تلي مرحلة جمع المعلومات ، وإن كانت عملياً هي خطوات ومراحل متصلة ومتتابعة ، وتتضمن عملية التقدير عملية تقويم لما تم الوصول له من معلومات سواء كان تقويماً كمياً أو كيفياً ، ويقوم الأخصائي الاجتماعي خلال تلك المرحلة بتقويم لظروف العميل وبيئته التي يعيش فيها ، وتحديد مصادر القوة والضعف في ظروف العميل وفي ظروفه البيئية التي أدت لحدوث المشكلة التي يعاني منها : (عثمان ، ١٩٩٢ : ٢٣٦ ؛ جبل ، ٢٠٠٣ : ٢٨٣ ؛ سليمان وآخرون ، ٢٠٠٥ : ١٦٨) .

وعند انتهاء الأخصائي الاجتماعي من هذه الخطوة سيكون قد استطاع الوصول لفهم وتقدير كامل لظروف العميل الشخصية والنفسية والاجتماعية والصحية والبيئية

والثقافية ، التي أثرت على وضع العميل وساهمت في حدوث مشكلته ، التي سيستعين بها ويقوم بتنظيمها وتجميعها في الخطوات التالية وبالأخص عند تصنيف المشكلة وتحديدها التحديد الدقيق ، ويكون الأخصائي الاجتماعي خلال هذه المرحلة قد استطاع الوصول لاحتمالات شبه مؤكدة حول الفرضيات التي صاغها في المرحلة السابقة ، كما قد تظهر له حقائق جديدة تجعله يرجح أحد الاحتمالات أكثر من غيره .

التشخيص : . أخلاقيات مهنة :

تشكل القضايا الأخلاقية إحدى أهم القضايا التي تشغل بال المهتمين بكافة المهن والتخصصات الإنسانية ، التي تعد مهنة الخدمة الاجتماعية إحداها ، فكل مهنة تقريباً سعت لأن توجد لها معايير أخلاقية ومهنية يلتزم بها المنتمون لتلك المهنة . وبناءً على أساسها يتم حفظ حقوق العملاء والممارسين ، وحقوق المهنة .

. مناهج التشخيص :

يصعب شرح المناهج التي يتبعها علماء النفس الإكلينيكيون في قياس الشخصية والتشخيص ، ويمهد لذلك بشرح أربع نظريات للشخصية . النظرية الأولى هي النظرية التي تعتبر أن للمرض النفسي وجودا قائما بذاته ، ويدخل تحت هذه النظرية تصنيف إميل كرايبلين للأمراض النفسية والعقلية . والنظرية الثانية هي نظرية الملكات والأنماط والسمات . وهي رغم وضعها في باب واحد مختلفة عن بعضها فنظرية الملكات تتناقض في بعض نواحيها مع نظرية الأنماط للويس روستان وكريتشمر وشلدون ويونج ، أيضا نظرية السمات لجوردون ألبورت وريمون كاتل ونجد أن هنالك فرق بينها وبين كل من نظريتي الملكات والأنماط . قد تعرضت جميع هذه النظريات للنقد من قبل الباحثين في هذا المجال ، وبينت أوجه القصور فيها . والنظرية الثالثة هي نظرية التحليل النفسي ، والأبرز في هذا نظرية فرويد في الحتمية النفسية والدوافع اللاشعورية ، ورأيه في الاضطرابات النفسية والعقلية باعتبارها سلوكا مدفوعا أو موجها نحو أهداف معينة . وأيضا وجه النقد إلى نظرية فرويد . والنظرية الرابعة هي نظرية التعلم الاجتماعي لجوليان روتر وزملائه ، وهي تؤكد أن الفرد يتعلم عن طريق الخبرات السابقة بعض الإشباعات التي تكون أكثر احتمالا من غيرها في بعض المواقف . فالسلوك غير

السوي ، تبعا لهذه النظرية ، ليس مرضا بل هو محاولة ذات معنى لتجنب عقوبات معينة ، أو للحصول على إشباعات على مستوى غير واقعي .

وإضافة إلى دراسة هذه النظريات المختلفة في الشخصية والبحث فيها ومحاولة إضافة الجديد لها ، يدرس العلماء الإكلينيكيون أساليب تقويم الشخصية . فيبحثون في المقابلة بأنواعها المختلفة: المقابلة الحرة ، والمقابلة الموجهة ، والمقابلة المحددة أو المقننة . ثم الاستخبار ، والأساليب الإسقاطية بأنواعها المختلفة: اختبار تداعي المعاني ، واختبار رورشاخ ، واختبار تفهم الموضوع ، وطريقة الجمل الناقصة ، وطريقة الملاحظة واختبارات السلوك .

وهناك مميزات عديدة لكل طريقة من طرق تقويم الشخصية إضافة إلى نواحي من القصور فيها ، حيث تكمن المشكلة في أن تفسير المعلومات التي يحصل عليها عالم النفس الإكلينيكي من هذه الأساليب المختلفة أمر في غاية الصعوبة ، ولا يزال التفسير يعتمد في جزء كبير منه على مهارة عالم النفس الإكلينيكي وخبرته . ولذلك فإن نتائج هذه الاختبارات تساعد على التنبؤ عن سلوك الفرد في المستقبل على أساس احتمالي فقط . وإن التنبوءات التي يصل إليها عالم النفس الإكلينيكي من اختبارات الشخصية يمكن الاعتماد عليها بدرجة أقل من الاعتماد على التنبوءات التي يتوصل إليها من نتائج اختبارات الذكاء والقدرات العامة . ولا زال علماء النفس الإكلينيكيون في حاجة ماسة إلى تحسين نظرياتهم في الشخصية ، وتحسين مناهجهم في التشخيص حتى يمكن الوصول إلى فهم أدق للسلوك الإنساني ، وإلى تنبوءات أدق للسلوك في المستقبل .

١ـ التشخيص التصنيفي : اعتاد الكثيرون أن ينظروا إلى التشخيص على أنه عملية يحاول الأخصائي عن طريقها التوصل إلى تسمية مناسبة أو تصنيف مناسب للمرض أو للمشكلة أو للعميل . ويبدو أنه لا يزال هناك الكثير من الإكلينيكي يقنعون بأن يصلوا إلى تقرير أن عميلاً ما فصامي أو هستيري . ويزداد قناعة بخاصة إذا اتفق معه الطبيب النفسي على هذه التسمية . وقد تكون هذه التسمية مناسبة ومفيدة في بعض الحالات .

فمثلاً ، إذا شخص الطبيب مجموعة من الأعراض على أنها تشير إلى إصابة من نوع معين ، في منطقة معينة من المخ ، فإنه بذلك يقدم المعلومات الضرورية لتقرير نوع

العلاج المطلوب والذي قد يكون في تلك الحالة عملية جراحية . وحتى إذا لم يوضح التشخيص على وجه التأكيد كيف نشأت هذه الإصابة ، إلا أنه يؤكد لنا طبيعة الأعراض لدى المريض ونوع الحالة القائمة ويمكننا من اتخاذ الخطوات العلاجية اللازمة .

وترتبط قيمة هذا النوع من التشخيص ارتباطاً وثيقاً بكفاية النظام المتبع في تصنيف الأعراض ، وتتوقف هذه بدورها على الارتباط بين الأعراض والنظرية التي نأخذ بها في أسباب المرض ومدى استجابته لعلاج معين ، فمثلا ، إذا وجدنا ارتباطا بين أسباب الفصام وبين حالات فسيولوجية أو سيكولوجية معينة ، فإنه يكون من المفيد أن نصف الناس إلى فصاميين وغير فصاميين ، وبخاصة إذا وجدنا أن علاجاً معينا دون غيره يفيد بوضوح في حالات الفصام .

٢ـ التشخيص الدينامي : ويمكن النظر إلى التشخيص بوصفه عملية من مرحلتين : الأولى هي الوصف المبني على كل البيانات التي جمعت عن العميل ، والثانية هي تفسير هذه النتائج بصورة تكشف عن نمط أو نسق له دلالة إكلينيكية . وليس من اليسير في الوقت الحاضر ، التوصل إلى أسلوب ثابت لتقييم ولفهم ديناميكية الشخصية يصلح في كل الحالات ، ويكون مقبولاً من كل أصحاب النظريات المختلفة في الشخصية . ولكن من المهم التأكيد بأن اطمئنانا إلى صدق التشخيص ، يزداد إذا يسر للإكلينيكي الفهم الواضح لدلالة سلوك العميل بالصورة التي تمكنه من الاستجابة الملائمة لمشاعر العميل خلال تعامله معه ، ومن التنبؤ الشمولي عن سلوكه ، ومن اختيار المنهج العلاجي المناسب . ويصعب أن يتحقق كل ذلك إلا في ضوء فروض أو نظرية في أسباب المشكلة المعينة ، وهو غاية التشخيص .

ويتعين على الإكلينيكي أن يسأل نفسه دائماً السؤال التالي : "كيف نشأ العميل بالصورة التي نشأ عليها ؟" ، وهو في محاولته الإجابة عن هذا السؤال ، قد يدرس الكثير من جوانب ديناميكية شخصية العميل مثل القدرات وأنواع الصراع ، ويستعين في ذلك بمختلف الطرق والأدوات مثل المقبلات والاختبارات وتاريخ الحالة والتقارير الطبية والاجتماعية .

وقدرات العميل عامل هام في توافقه ، فقد يلجأ الطفل الذي لا تسعفه قدراته

على النجاح في الدراسة ، إلى التعويض عن طريق العدوان ، وقد تتطلب البيئة المنزلية منه أكثر مما تسمح به قدراته . كما أن التشتت في توزيع الدرجات على اختبارات الاستعدادات الخاصة لدى الفرد قد يكون له دلالته الانفعالية . وقد يكون التحليل النوعي لاستجابات العميل لاختبارات القدرات دلالته الإكلينيكية . وقد تفيد المقارنة بين نتائج مقاييس القدرات واختبارات الشخصية ، إلى غير ذلك مما تفيض به الدراسات في مختلف أدوات التشخيص ، وما سوف نعرضه في مواضعه ويشترط أصحاب بعض المدارس العلاجية حد أدنى من القدرة العقلية لتمكن العميل من الاستجابة لمناهجها العلاجية .

وفي التحليل الدينامي لشخصية العميل ، تحتل الدوافع وأنواع الصراع مركز الاهتمام إلا أن النظرة إلى الدوافع تختلف باختلاف نظرية الشخصية . فالمحلل النفسي يتحدث عن الدوافع الغريزية التي تتعارض مع مطالب البيئة ، وموراي يتحدث عن الحاجات في صراعها مع ضغوط البيئة ، وليفين يتحدث عن القوى في المجال ، إلا أن الكل ينظر إلى الصراع بين الدوافع بوصفه أساساً للعصاب .

ولا يكفي الكشف عن مواطن وأنواع الصراع لفهم المشكلة ، بل يتعين الكشف عن الميكانيزمات التي يلجأ إليها المريض للتخفف من حدة الصراع . هل يلجأ إلى المرض ليتفادى خبرات مؤلمة ؟ هل يبرر نقائصه أو يسقطها على الآخرين ؟ هل يفضل ميكانيزماً معيناً للتخفف من حدة الصراع ؟ ما علاقة كل ذلك بمستوى طموحه ؟ الإجابات عن مثل هذه الأسئلة وغيرها تقدم للإكلينيكي فهماً لديناميكية الشخصية ومعرفة بأسباب المشكلة ، أكثر فائدة من مجرد تسمية المريض فصامياً أو هستيرياً .

وتتضح الوظائف السابقة للتشخيص الإكلينيكي أكثر مما تتضح في "استمارة الحالة" التي نقدم في نهاية الفصل نموذجاً منها . وتوضح هذه الاستمارة طبيعة المهمة التي يتوقع مصدر الإحالة أن يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي في مجال التشخيص ، كما أنها ترصد البيانات الضرورية لترتيب إجراءات الفحص من حيث موعده ومكانه بالإضافة إلى تحديد البيانات التي سبق جمعها عن المريض تشخيصياً وعلاجياً .

هل التشخيص ضرورة أساسية للعلاج النفسي ؟ قبل أن نختتم هذا الفصل ، نشير إلى أن البعض يتساءل عما إذا كان التشخيص ضرورة أساسية للعلاج النفسي ،

فمثلاً نادت مدرسة روجرز في العلاج - المتمركز- حول العميل في مراحلها الأولى بأن التشخيص ليس مطلباً ضرورياً للعلاج ، وأنه من الأفضل إشراك العميل فيه قدر الإمكان .

ويرى أنصار هذه المدرسة مع بعض أنصار التحليل النفسي أنه من الممكن عادة بعد ساعات قليلة من المقابلات العلاجية ، أن نعرف عن المريض أكثر مما نستطيع معرفته عن طريق الأدوات التشخيصية المتوفرة لدينا . ويثير البعض نقطة هامة سوف نتعرض لها بشيء من التفصيل في فقرة تالية ، هي أن مجرد إعطاء الاختبار السيكولوجي قد يكون له في الظروف المناسبة قيمة علاجية وقد ينتج عنه تغير في المفحوص .

ويتساءل البعض الآخر عما إذا كان قيام المعالج بتطبيق الاختبارات السيكولوجية بنفسه من شأنه أن يعوق خلق جو علاجي مناسب . ومن الناحية الأخرى ، فإنه يمكن النظر إلى المقابلة العلاجية نفسها بوصفها أداة تشخيصية .

وقد كان من نتيجة ذلك ، أنه اتجه عدد من الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين إلى التخفف قدر الإمكان من الالتزام بالإطار التقليدي للدراسة الشاملة للحالة ، والذي يتطلب جمع مختلف أنواع البيانات من تاريخ الحالة ومن الفحوص الاجتماعية والطبية والنفسية .

ومن ناحية أخرى ، فقد وضحت الحاجة إلى زيادة الاهتمام بالبحث في العلاقة بين المعالج والعميل والدور الذي يمكن أن تلعبه شخصية كل منهما ونوع المشكلات التي يواجهها العميل ، وكل هذه عوامل قد يكون لها أهمية في إحداث التغير الناتج عن العلاج السيكولوجي .

ـ استمارة الإحالة :

السيد : ....

السيدة : .... رقم الملف : ....

(اسم المريض) ....

العنوان : .... رقم التليفون : ....

اسم وعنوان الوالد (أو ولي الأمر) وعمله : ....

(إذا كان المريض حدثاً) ....

تاريخ الميلاد : .... المستوى التعليمي : ....

(أعلى فرقة دراسية أكملت)

هل توجد قيود على موعد وطول المقابلة ؟ ما هي ؟

ظروف العلاج :

خاص عيادة خارجية داخلية

هل توجد سجلات عن فحوص نفسية سابقة ؟ أين هي ؟ وما هي تواريخها ؟

المطلوب فحصه في هذه الإحالة ؟ ارسم علامة × أمام المطلوب :

أ- الوظائف العقلية .

ب- الإصابات الدماغية .

ج- مشكلات تعليمية عامة .

د- عجز في مواد دراسية (تحدد) .

ه- الإمكانيات المهنية .

و- الإمكانيات العامة للشخصية .

ز- مصادر صعوبات التوافق .

ح- تشخيص سيكياتري فارق (يحدد) .

ط- الإمكانيات العلاجية .

ظ ـ التفاوت بين المستويات العقلية الحاضرة والسابقة .

ي- التغير في الحالة .

ك- أخرى (تحدد) .

- ديناميات المقابلة :

إذا كان البنيان يعطي المقابلة شكلها التنظيمي ، فإن ما يجري من عمليات مثل الملاحظة ، وما يستخدم من أساليب قيادية ، وما يهيأ من ظروف هو الذي ييسر تحريك المقابلة نحو غايتها .

وهنا نجد أن المدارس المختلفة في العمل الإكلينيكي ، تختلف من حيث نصرها للظروف الملائمة لحسن سير المقابلة ولدرجة القيادة التي يفضل استخدامها في الموقف المعين وسوف نناقش فيما يلي هذه الأبعاد في إطارها التشخيصي ونحدد نوعية المهارات المطلوبة .

وفي المقابلة الإكلينيكية يصعب اصطناع الملاحظة المنتظمة المضبوطة ، كما يحدث في التجارب العملية ، لأن الموقف يتضمن تفاعلاً بشرياً بالغ التعقيد ، يهدف في المقام الأول إلى الإسهام في حل مشكلات العميل . فالإكلينيكي يرى ويسمع ويحس ويشعر بكثير من التفاصيل ، وهو ينبذ جانباً ما لا يتعلق بالغرض من المقابلة ، ويحاول قدر الإمكان التوصل إلى معرفة دلالة ما يلاحظ وأصوله وتأثيره في الموقف الحاضر للفرد وإمكانية تعديله إذا كان ثمة ما يحتاج إلى تعديل .

- المقابلة الإكلينيكية :

- تعريفها - وأهدافها - وأنواعها :

تعرف المقابلة الإكلينيكية هي محادثة تتم وجهاً لوجه بين العميل والأخصائي النفسي الإكلينيكي غايتها العمل على حل المشكلات التي يواجهها الأول ، والإسهام في تحقيق توافقه . ويتضمن ذلك التشخيص والعلاج ، ولكنا سوف نركز النقاش في هذا الفصل على المقابلة التي تهدف أساساً إلى التشخيص ، مع التأكيد مرة أخرى على صعوبة الفصل بين التشخيص والتنبؤ والعلاج ، وبين المقابلة وغيرها من أدوات التشخيص مثل الاختبار السيكولوجي .

(وهو في واقع الأمر مقابلة مقننة) والملاحظة التي تتم في كل من المقابلة والاختبار وغيرهما من مصادر المعلومات في دراسة الحالة .

وتهيئ المقابلة الفرصة أمام الإكلينيكي للقيام بدراسة متكاملة للحالة عن طريق المحادثة المباشرة ، ولفهم العميل وللتأكد من صدق بعض الانطباعات والفروض التي

يصل إليها عن طريق الأدوات التشخيصية الأخرى ، وهو أمر ضروري للتوصل إلى الصياغات التشخيصية وتختلف إجراءات المقابلة باختلاف هدفها .

ونجد أنواع للمقابلة حسب الهدف منها :

١ـ مقابلة الاستقبال : يكون الاهتمام موجهاً نحو استيضاح شكوى العميل أو مشكلته والخطوات التي اتخذها سابقاً ، وتوقعاته الحاضرة وتعريفه بالإمكانيات المتاحة ، وقد يجري هذه المقابلة الأخصائي النفسي الإكلينيكي أو الأخصائية الاجتماعية السيكاترية .

ونظراً لأن الهدف المباشر للمقابلة ليس هو التشخيص أو العلاج ، فإن القائم بالمقابلة يغلب بل ويتعين عليه تجنب محاولة استطلاع الأبعاد الدينامية في الشخصية .

٢ـ مقابلة الاختبار التشخيصي: والتي يتعين أن يقوم بها الأخصائي النفسي المدرب فإن خصائصها تختلف طبقاً لما إذا كان من المقرر أن يتولى الأخصائي مسئوليات علاجية ، بالإضافة إلى مسئولياته التشخيصية ، وفي هذه الحالة فإنه من الطبيعي أن تغطي المقابلة أبعاداً أكثر عمقاً وأكثر شمولاً ، بعكس المقابلة التشخيصية الخالصة التي يستحسن أن يلتزم فيها الأخصائي بالحدود التي تفرضها الاختبارات المقننة أو البناء المحدد للمقابلة ، إلا أن ذلك لا يعني أن يتجاهل الأخصائي المؤشرات ذات الدلالة مثل التناقض الملحوظ بين نتائج الأدوات التشخيصية المختلفة ، ومن واجبه في هذه الحالة أن يحاول في المقابلة استيضاح هذا التناقض ، وفي كل الحالات يتعين عليه أن يحدد لمصدر الإحالة الموضوعات التي تحتاج إلى استيضاح حتى يمكن للأخصائي المعالج مثلاً استطلاعها في المقابلات العلاجية .

٣ـ المقابلة المقننة : وقد تستخدم المقابلة في الفرز الأول لتحديد الصلاحية السيكاترية للتجنيد في القوات المسلحة أو للدراسة أو للعمل في مجال معين ، وفي هذه الحالات يفضل استخدام المقابلات المقننة التي تحدد مسبقاً موضوعاتها ، وتسلسل وأسلوب عرض هذه الموضوعات ، وبذلك يمكن المقارنة بين تقديرات الفاحصين المختلفين أو تقديرات الفاحص الواحد لأكثر من شخص

إلى حد كبير من الاختبار السيكولوجي ومن المقابلات التي يلاحظ فيها المفحوص في ظروف غير عادية تستثير الانفعال "مقابلة الشدة" ، إلا أن مثل هذه المقابلات يغلب أن تكون قليل الفائدة في معظم المواقف الإكلينيكية التي يكون تعاون المريض فيها أمراً بالغ الأهمية ، وذلك على الرغم من المزايا التي تنسب إلى المقابلة المقننة وهي أنها لا تتطلب في الغالب إكلينيكياً ذا خبرة سيكولوجية متعمقة ، وأن بياناتها يسهل إخضاعها للتحليل الكمي وأنها تضمن استيفاء الإجابة عن كل الأسئلة المطلوبة ، وأنها توفر الوقت وتيسر المقارنة بين شخص وآخر .

٤ـ المقابلة الغير مقننة : وتمتاز المقابلة غير المقننة (الحرة) بأنها تسمح بالحصول على البيانات المطلوبة بأقل توجيه ممكن ، وبأكبر قدر من التلقائية ، ولذلك فهي تستثير قدراً أقل من مقاومة العميل ، وبتيسير الكشف عن خصائصه الفريدة والفهم الأكمل والعمق لديناميات شخصيته ، إلا أنها لكي تحقق هذه الأغراض تتطلب للقيام بها إكلينيكياً ذا خبرة متعمقة .

وفي واقع الممارسات الإكلينيكية نجد أن شكل المقابلة يندر أن ينتمي خالصاً إلى أي من الطرفين ، بل هو يختلف في الدرجة حسب الغرض من المقابلة ، وتدريب الفاحص وشخصيته ، بالإضافة إلى شخصية المريض ومشكلته والمرحلة التي يصل إليها التشخيص أو العلاج وهو أمر متوقع في ضوء مقارنتنا السابقة للنوعين من المقابلة ، ومن الشائع في كثير من الحالات الابتداء بمقابلة حرة يشجع فيها العميل على التعبير التلقائي عن مشكلته ، ويتدخل الإكلينيكي في الوقت الملائم بقدر أكبر من التوجيه على أمل أنه حين تتوطد الثقة بينه وبين العميل تأخذ المقابلة صورة أكثر تلقائية .

والخلاصة يتضح مما سبق أن المقابلة الإكلينيكية تختلف عن المحادثة العادية في أنها طريقة مهنية لها هدف ولها بنيان يتفاوت في درجة تحديده من موقف لآخر ، ويتحقق الهدف عن طريق استخدام عمليات وأساليب تحرك المقابلة نحو غايتها ، وديناميات المقابلة متضمنة في التفاعل بين الإكلينيكي والعميل .

ويمكن القول أن المقابلة التشخيصية بعامة ، يغلب أن يخطط لها مسبقاً ، بمعنى أن تحدد استراتيجيتها ، وإن كان يصعب التحديد المسبق لتكتيكاتها . وفي ضوء الاستراتيجية ، تصاغ الأسئلة التي تهدف إلى الحصول على المعلومات عن تاريخ وحاضر وخصائص شخصية العميل وطبيعة المشكلة التي يواجهها ، إلا أن الأخصائي في ضوء الإجابات عن هذه الأسئلة ، لاستكمال المعلومات وللتحقق من صدق بعض الفروض ، وقد يلجأ إلى مختلف الأدوات التشخيصية ، مثل الاختبارات والفحوص المعملية والسجلات ، إلى غير ذلك من أدوات جمع البيانات .

ومن الضروري التأكيد بأن الأسس التي نقدمها في مناقشتنا التالية لأبعاد المقابلة ، قد تختلف إلى حد قليل أو كبير باختلاف الإطار النظري الذي يعمل فيه الإكلينيكي ، فضلاً عن أنه يعتذر في توجيه مقابلة تتضمن تفاعلاً دينامياً بين شخصين ، الاهتداء بقواعد جامدة موحدة وسوف تتركز المناقشة في هذا الفصل حول الأبعاد الرئيسية التي تيسر المقارنة بين مقابلة وأخرى ، وبخاصة الأسس التي يقل الاختلاف حولها بين المدارس المختلفة ، وما تشير إليه نتائج البحوث الإمبيريقية في هذا المجال ، على أن نؤجل مناقشة الفروق بين المدارس النظرية المختلفة مثل مدارس فرويد وروجرز وساليفان وهي المدارس التي أثرت أكثر من غيرها في تطوير المقابلة الإكلينيكية إلى فصول قادمة ، وكذلك فإننا سوف نؤجل مناقشة المقابلة الجماعية إلى الفصل الخاص بالعلاج الجماعي .

- التنبؤ في الطريقة الإكلينيكية :

إنه يصعب فصل التنبؤ عن كل من التشخيص والعلاج . ويهدف التنبؤ إلى تقدير احتمالات تطور المرض أو المشكلة ومدى الاستجابة لعلاج معين . وسوف نناقش تفصيلاً في مواضع تالية عديدة ، القيمة التنبؤية لمختلف الأدوات التشخيصية وبخاصة الاختبارات والمقاييس السيكولوجية ، ونكتفي في هذا المقام بأن نناقش عدداً من العوامل التي يفيد فحصها في عملية التنبؤ عن تطور المرض وتقرير نوع العلاج ، بالإضافة إلى الاختبارات السيكولوجية .

١- الحالة الجسمية : قد تكون الحالة الجسمية عاملاً في تقرير الحدود التي يمكن أن تصل

إليها المحاولات العلاجية ، ولذلك فإن إجراء فحص طبي قد يكون ضرورياً لتقرير إمكان وجود أي اضطراب عضوي ومدى ونوع تأثيره في المرض ، وحتى في الحالات التي لا تؤثر فيها العوامل العضوية تأثيراً مباشراً في الحالة العقلية ، فإن سوء الحالة الجسمية أو أزماتها قد تشكل عائقاً خطيراً في تقدم العلاج النفسي .

٢- بيئة المريض : قد تكون التعديلات الممكن إحداثها في بيئة المريض من العوامل الهامة التي تحد من تأثير العلاج ، وذلك إذا اضطر المريض للمعيشة في بيئة لا يشعر فيها بالأمن أو إذا لم يكن هناك طريق لتحسين العلاقات العائلية أو الزواج غير الموفق ، أو تذليل الصعوبات المالية ، أو تعذر العثور على عمل مناسب أو تحسين علاقات العمل ، وبينما قد يكون من الممكن إحداث بعض التغيير في أولئك الذين يتعين على العميل العيش معهم ، إلا أن إحداث التغيير في البيئة كلها يكون عادة أمراً متعذراً ، وفي هذه الحالات تكون الدلالات التنبؤية سيئة وبخاصة إذا كان لهذه المتغيرات التنبؤية دورها في نشأة وتطور المرض أو المشكلة ، وقد يتطلب الأمر أحياناً تغيير بيئة المريض إذا سمحت الظروف بذلك ، وإذا قدر أن يكون لمثل هذا الإجراء تأثير علاجي طيب .

٣- عمر المريض : وله أهميته في تقرير إمكانيات العلاج ، وقد وجد في العلاج عن طريق التحليل النفس الكلاسيكي أن المرضى بعد أواخر الأربعين لا يستجيبون استجابة طيبة للعلاج ، وذلك لأن الطريقة تتطلب الرجوع إلى الماضي البعيد ، وعلى ذلك يتسع مدى ما يتعين فحصه من مادة سيكولوجية .

وفي كل طرق العلاج يتطلب الأمر تغيراً وتعلماً جديدين ، وحيث أن الشباب وصغار الراشدين يسهل عليهم إحداث التغيير وتعلم الجديد ، فإن صغر السن من العوامل التي تحسن التنبؤ ، ولا يعني ذلك أن كبار السن من الناس يتعذر علاجهم ، ولكنه يعني فقط أن التنبؤ يكون أحسن لمن هو أصغر سناً حيث أنهم أكثر قابلية للتغيير هذا إذا تساوت الظروف بالطبع ، والأطفال الصغار يتأثرون تأثراً كبيراً ببيئتهم القريبة وبخاصة البيئة العائلية ، ومن ثم فإنه في كثير من الأحيان يتعين علاج الطفل والبيئة في وقت واحد ، وقد يتضمن ذلك علاج الوالدين أو نقل الطفل إلى بيئة أنسب له .

٤- الذكاء والتعليم : يجب أن ندخل في اعتبارنا ذكاء المريض وتعليمه في تقييمنا لقابليته للعلاج ، ولا يعني ذلك أنه كلما ارتفع الذكاء والمستوى التعليمي ، تحسن التنبؤ إلا أنه بالنظر إلى أن الكثير من العلاج يتضمن استخدام اللغة فإن حداً أدنى من القدرة على استعمال اللغة والاستجابة لها يكون ضرورياً ، ومن ناحية أخرى فإن الأشخاص من محدودي الذكاء قد يمكن مساعدتهم في العلاج عن طريق إظهار العطف والطمأنة ، ويمكن القول بعامة أنه بقدر ما يكون لدى المريض من أسباب الحيلة ودواعيها ، بقدر ما يكون التنبؤ جيداً ، فالصحة الجسمية والقوة والجمال والذكاء والتعليم والاستعدادات الخاصة والمركز الاجتماعي والثروة والمهنة والعلاقات العائلية الجيدة ، كل هذه على العموم من شأنها تيسير الاستجابة للعلاج ، إلا أن هذه العوامل رغم ذلك يجب أن تقيم من حيث معناها في نظر المريض ، وهذا المعنى الشخصي هو المهم ، وفي كل حالة تتفاوت هذه العوامل في معناها وفي أهميتها بتفاوت حاجات المريض وظروفه .

٥- القابلية للمواءمة : وهي تتضمن دراسة الطرق التي يجابه المريض بها المواقف الجديدة في الحياة ، ويمكن استقراء درجة هذه القابلية من استقراء تاريخ حياته وبخاصة استجابته لمواقف مثل الفطام والخبرات المدرسية الأولى والبلوغ والانتقال إلى خبرة جديدة وخبرات العمل الأولى والوفيات في العائلة والخبرات الجنسية والزواج ، وعن طريق هذه الدراسة يمكن تقييم قدرة الأنا على التكامل .

٦- ظروف الاضطراب : إذا تركز الصراع الذي يواجهه الفرد في مجال واحد ، فإن فرصته للاستفادة من العلاج تكون أحسن من الفرصة المتاحة لغيره ، كما أنه من المهم معرفة الظروف التي نشأ فيها الاضطراب ومداه ودرجة التكيف الناجح في أوقات الصحة ، فمثلاً إذا كانت ظروف الشخص مناسبة وكان تكيفه رغم ذلك ضعيفاً فإن التنبؤ لن يكون مشجعاً وكذلك فإن المريض الذي يبدأ اضطرابه في مرحلة مبكرة ويلازمه هذا الاضطراب بصورة مستمرة يغلب أن تكون لديه عادات وأساليب جديدة ، ويشير استمرار الاضطراب إلى أن دوافعه قوية ، وهذه علامات تنبؤية سيئة .

٧- قوة الدافع إلى طلب العلاج : يكون التنبؤ أحسن في حالة المريض الذي يتوفر لديه دافع قوي لتحسين حالته ، فينشد العلاج بنفسه بدلاً من أن يدفع إلى ذلك دفعاً ، وبالمثل فإن الاستعداد والعزم على التضحية للحصول على العلاج يكون علامة تنبؤية طيبة .

٨- تأثير الأعراض : وهو تأثير يمتد إلى كل من الدافع عند المريض إلى العلاج وإلى فرض النجاح أمام المعالج ، فمثلاً إذا تلقى المريض بالشلل الهستيري تعويضاً مالياً عن مرضه ، فقد يقل عنده الدافع للعلاج .

هذه العوامل السابقة والتي يمكن أن نعرف الكثير عنها من بيانات دراسة الحالة ونتائج الفحوص الطبية ، يتعين النظر إليها في تفاعله معاً .

الفصل الرابع
طريقة الملاحظة الإكلينيكية

عناصر الفصل الرابع :

- مقدمة
- الملاحظة الإكلينيكية
- أساليب الملاحظة
- أنواع الملاحظة النفسية الإكلينيكية
- معايير وشروط نجاح الملاحظة كأداة مهنية
- زيارة بيئة العميل
- الجوانب المتعلقة بالأخصائي الاجتماعي
- الجوانب المتعلقة بموضوع الملاحظة
- أسلوب وخطوات إجراء الملاحظة
- زيارة بيئة العميل
- الملاحظة النفسية الإكلينيكية
- أدوات الملاحظة النفسية الإكلينيكية
- مزايا الملاحظة الإكلينيكية
- عيوب الملاحظة الإكلينيكية
- العوامل التي ترفع من تحسين عملية الملاحظة

الفصل الرابع
طريقة الملاحظة الإكلينيكية

مقدمة :

في هذا الفصل يتم تناول الملاحظة الإكلينيكية من حيث تعريفها وأساليبها ومعايير نجاح الملاحظة الإكلينيكية وكيفية استخدامها والأدوات التي تعتمد عليها الملاحظة الإكلينيكية وأنواع الملاحظة الإكلينيكية والشروط اللازمة لنجاح الملاحظة ومزايا وعيوب الملاحظة الإكلينيكية .

- الملاحظة الإكلينيكية :

تعريفها واستخداماتها الأساسية :

تصنف الملاحظة observation على أنها إحدى أهم الوسائل المهمة والأساسية في الحصول على المعلومات اللازمة عن سلوك العميل ، وتشمل الملاحظة ملاحظة السلوك في مواقف الحياة الطبيعية ، ومواقف التفاعل الاجتماعي بكافة أنواعه ، ورصد الانفعالات والمواقف المختلفة التي يمر بها العميل (سري ، ٢٠٠٠: ٦٣) .

والملاحظة المقصودة هي تلك الملاحظة الموجهة لرصد ما يحدث وتسجيله ، بقصد الفهم ، وتهدف الملاحظة إلى رصد الحقائق الخاصة بسلوك العميل ، وتسجيل التغيرات التي تحدث له ، وتحديد العوامل التي تحدد سلوكه ، وتفسير السلوك الملاحظ (الشناوي ، ١٩٩٦: ٢٦٨؛ سري ، ٢٠٠٠: ٦٣) .

وتعد الملاحظة أداة رئيسة بالأخص عند المتبنين لمداخل العلاج السلوكي وتعديل السلوك ، حيث إن ملاحظات السلوكيات ورصدها من أدواتهم الرئيسة في تشخيص مشكلات عملائهم (الشناوي ، ١٩٩٦: ٢٦٨) .

ولا يعني ذلك قصورها على المداخل السلوكية ، بل هي أداة تتناسب أيضاً مع ما سواها من مداخل نظرية لكونه يمكن الاستفادة منها في كافة خطوات وعمليات الممارسة من أجل فهم العملاء من جهة ، وملاحظة التغييرات التي طرأت عليهم أثناء مرحلة التدخل المهني وما يليها من خطوات متابعة وتقويم من جهة أخرى . كما تتطلب

الملاحظة في إطار ممارسة الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية أن يكون هناك تحديد دقيق لما تتم ملاحظته ولأسلوب وطريقة تسجيله وأيضاً تحديد لأسلوب الاستفادة منه وتوظيفه لصالح عملية المساعدة (عبد الغفار وآخرون ، ٢٠٠٣: ١٢٧؛ جبل وآخرون ، ٢٠٠٢: ٤٧٤) .

والملاحظة وسيلة أساسية لتقدير وضع العميل وفهم اتصالاته غير اللفظية ، وانفعالاته وسلوكياته المصاحبة للمواقف المختلفة ، فعن طريقها يمكن رصد ارتياحه أو غضبه ، ومخاوفه ، وإحباطاته ، وغيرها من المشاعر والانفعالات المصاحبة لمواقف تفاعلاته المختلفة ، والملاحظة تستخدم كذلك وبشكل واسع في حالة العمل مع الجماعات والأسر ، فعن طريقها يمكن تحديد التفاعلات بين الأفراد واتصالاتهم ، وفهم مشاعرهم تجاه بعضهم البعض . كما يمكن استخدامها في دراسة سلوك الأفراد والجماعات في بيئتهم الطبيعية مما يساعد على تكوين تصور واضح يساعد الأخصائي الاجتماعي وباتباع خطوات محددة من الوصول لتشخيص لمشكلاتهم (الشناوي ، ١٩٩٦: ٢٦٨) .

كما يمكن استخدام الملاحظة كوسيلة مساعدة مع الأدوات الأخرى ، فالملاحظة وسيلة أساسية عند المقابلات فهي تساعد على رصد كافة المواقف والانفعالات والاستجابات غير اللفظية ، كما أنها مهمة في حالة تطبيق الاختبارات والمقاييس حيث يمكن رصد وملاحظة استجابة العميل للمقاييس ، فهي تساعد على التأكد من النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق المقياس فالاستجابات والانفعالات التي يرصدها الأخصائي الاجتماعي عن طريق الملاحظة العلمية والدقيقة ، لا تقل أهميتها عن نتائج المقياس ، بل قد تكون أكثر واقعية ، فالعميل قد يجيب على المقياس بشكل مختلف عن واقعه ، أو بالشكل الذي يعتقد أنه سيرضي الأخصائي الاجتماعي . ولكن انفعالاته واستجاباته التي سيلاحظها الأخصائي الاجتماعي ستجعله يتمكن من أن يستشف صدق العميل ووضوحه من عدمه في إجابته على أسئلة المقياس . وبالتالي لا تقل أهمية المعلومات المتحصل عليها عن طريق توظيف أداة الملاحظة عن المعلومات المتحصل عليها باستخدام أدوات أخرى كالمقاييس ونحوها (زينب شقير ، ٢٠٠٢: ٦٤-٦٥) .

ـ أساليب الملاحظة :

تعددت التصنيفات لأساليب وأنواع الملاحظة في إطار الممارسة بشكل عام ، وفي إطار كونها أداة تشخيصية بشكل خاص ، فقد كانت وما زالت الملاحظة العلمية من الموضوعات الرئيسة التي تلقى اهتماماً ومتابعة وبحثاً من المتخصصين في المجالات النفسية والاجتماعية ، وذلك من أجل تطويرها وتقنينها حتى تصل لمستوى من الثقة والثبات يُمكّن من الاعتماد عليها في الوصول لحقائق واقعية وصادقة عن العملاء وفي رصد سلوكياتهم (زينب شقير ، ٢٠٠٢: ٦٥) .

وسنستعرض فيما يلي أهم أساليب الملاحظة وهي :

١ـ الملاحظة البسيطة :

ويقصد بها ملاحظة الظواهر والتفاعلات والسلوكيات كما تحدث تلقائياً في ظروفها الطبيعية ، ودون استخدام لأدوات القياس ، وعادة يتم استخدام الملاحظة من هذا النوع في محاولة فهم ورصد سلوكيات جماعة أطفال ، أو جماعة مراهقين ونحوها لرصد تفاعلاتهم وسلوكياتهم كما تحدث في ظروفها الطبيعية (عبد الغفار وآخرون ، ٢٠٠٣: ١٤٣) .

٢ـ الملاحظة الموضوعية :

وتعني قيام الأخصائي الاجتماعي بتحديد موضوعات دقيقة ومحددة مرتبطة بالموقف أو الحالة أو الموضوع الذي تتم ملاحظته ، حيث يسعى الأخصائي لجمع معلومات وحقائق في إطار تلك الموضوعات . وتتضمن استخدام استمارة خاصة بالملاحظة لتسجيل الموضوعات التي تتم ملاحظتها بالإضافة لوضع أوزان وتقديرات لكل موضوع تتم ملاحظته ، بحيث يكون لكل سلوك يتم رصده درجة ومن خلال تلك الدرجات يتم الوصول لفهم وتحديد لسلوكيات العميل أو تفاعلاته في إذا كانت موجهة نحو ملاحظة جوانب متعلقة برصد تفاعلات ، وكذلك في حال ما إذا كان العمل يتم مع أسر أو جماعات (سري ، ٢٠٠٠: ٦٣؛ زينب شقير ، ٢٠٠٢: ٦٥) .

٣. الملاحظة باستخدام دليل الملاحظة :

ويتضمن الدليل فقرات تمثل كافة الموضوعات التي يتم رصدها ، كما يتضمن تسجيلاً ووصفاً دقيقاً لما يلاحظه الأخصائي الاجتماعي ومكوناته (عبد الغفار وآخرون ، ٢٠٠٣: ١٤٥) .

٤. الملاحظة باستخدام ملاحظين خارجيين :

قد يلجأ الأخصائي الاجتماعي للاستعانة بملاحظين خارجيين ، حتى يمكن التأكد من نتائج ملاحظته ، فتعدد الملاحظين ، ووصولهم لنفس النتيجة يجعل هناك طمأنينة للنتائج التي تم الوصول لها .

كما تفيد الاستعانة بملاحظين خارجيين في بعض المواقف التي لا يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يكون موجوداً فيها . مثل أن يطلب من مدرس مثلاً ملاحظة ورصد سلوكيات طالب في الفصل وتفاعلاته وعلاقاته مع زملائه ، أو أن يطلب من مراقبين وملاحظين اجتماعيين رصد سلوكيات وتفاعلات حدث في مؤسسة إيداعية ، للتعرف على جوانب من سلوكيات وتفاعلات العميل في ظروفها الطبيعية ، وذلك لتكوين تصور وفهم شامل للعميل ، يُمكّن من تحديد وتشخيص مشكلته . وهناك اعتبارات يجب مراعاتها إذا تمت الاستعانة بملاحظين خارجيين حيث يجب توعيتهم وتدريبهم على الملاحظة ، وفي حال كان هناك دليل أو مقياس لرصد الملاحظات يجب أن يتأكد من قدرتهم على تعبئته بدقة وموضوعية (عبد الغفار وآخرون ، ٢٠٠٣: ١٤٥؛ شقير ، ٢٠٠٢: ٦٦) .

- أنواع الملاحظة النفسية الإكلينيكية :

١- الملاحظة العلمية : لقد عرفها الإنسان منذ زمن قديم ،ويكفى أن نعود لتراث الكتاب والأدباء والشعراء والفنانين لنرى إلى أي مدى سجل الإنسان ملاحظاته عما رآه من خبرات وأحداث ، والملاحظة أداة أساسية ، وخبرة تعليمية هامة لدى الطفل ملاحظ ما يقوم به الكبير كذلك هي أيضا أداة الرئيس بمرءوسيه ، وتعرف الملاحظة العلمية بأنه هي المراقبة المقصودة لرصد ما يحدث وتسجيله كما هو .

وهى تمتاز عن الملاحظة غير العلمية بأنها تهدف إلى تحقيق هدف علمي محدود ، وهى مخططة تخطيطا مقصودا ، تنظم فيه طرق تسجيل الملاحظات وربطها بافتراضات عامة ،وخضوعها لضوابط تحقق ثباتها وصدقها .

٢ـ الملاحظة بالمشاركة : وهى من أشهر الطرق التي يلجأ إليها الأخصائي النفسي الإكلينيكي لأن كثيرا من صور السلوك اليومي تكون مألوفة لديه "مثل طرق تبادل التحية بين الناس ،وتربية الأطفال ، وطقوس الميلاد والزواج ، والوفاة" .

لذلك فإن الأخصائي النفسي الإكلينيكي المدرب على هذا النوع من الملاحظات تتيح له هذه الطريقة فرصة جيدة لرصد ما يريد .

ونعنى بالمشاركة قدر من معايشة المرشد للحياة التي يحياها المريض ، وتختلف طبيعة ودرجة ومدى هذه المعايشة اختلافا بينا من دراسة لأخرى ، وتتراوح من مجرد أن يقيم الأخصائي النفسي الإكلينيكي مجرد إقامة ليتابع المشكلة موضوع الشكوى إلى القيام بدور فعال ورئيسي فى حياة المريض نفسه .

وتحمل الملاحظة مشاركة الأخصائي النفسي الإكلينيكي مسئوليات جسمية وأعباء كثيرة ، وهى فى نفس الوقت قد تشكل عاملا جديدا يصعب تقدير حدوده تأثيره فى تغير المريض موضوع الملاحظة .

إلا أن من مميزاتها أنها تجعل موقف الملاحظة طبيعيا لا تكلف فيه ، وتتيح الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يحصل على ما يريده مباشرة ، وأن يغوص ويتعمق فى فهم المؤثرات التي يتعرض لها العميل .

٣ـ الملاحظة المنظمة : وهى تختلف في طبيعتها عن الملاحظة بالمشاركة ،إذ يكون الهدف هو الوصف أو التشخيص في ضوء محكات أو فئات يمكن تقديرها مقدماً ، ومن أبسط الأمثلة على هذا النوع من الملاحظة ،هو استخدامها في ملاحظة سلوك الأطفال في حضانتهم .

ـ معايير وشروط نجاح الملاحظة كأداة مهنية :

تتعدد المعايير والشروط الواجب توافرها لنجاح الملاحظة المهنية ، فبعض هذه الشروط تتعلق بالأخصائي الاجتماعي ، وبعضها بالموضوع الملاحظ ، وبعضها

بأسلوب وخطوات إجراء الملاحظة . وسيتم فيما يلي تناول كل جانب من هذه الجوانب :

أولاً: الجوانب المتعلقة بالأخصائي الاجتماعي :

لا بد للأخصائي الاجتماعي القائم بالملاحظة أن يكون سليم الحواس ، لديه قدرة على التركيز والانتباه ، وعدم النسيان ، إذ إن قدرته على تسجيل ملاحظاته ودقته في ذلك تشكل عاملاً أساسياً للاستفادة من الملاحظة . لذا يجب أن يكون معداً إعداداً جيداً على الملاحظة ، واستنتاج النتائج من خلال ملاحظاته ، فالملاحظات مهما كانت دقيقة وحقيقية ، فهي ليست ذات فائدة تذكر إذا لم يكن لدى الأخصائي الاجتماعي القدرة على الوصول لتفسيرات ونتائج من خلالها تساعده على فهم العميل وفهم مشكلته . كما تلعب الخبرة دوراً كبيراً في الاستفادة من الملاحظة فالأخصائي الاجتماعي ذو الخبرة الكافية ، تشكل الملاحظة له أداة مهمة في فهم عملائه من المقابلات الأولى ، حيث يمكنه من خلال ملاحظة سلوكيات أو انفعالات محددة أن يتأكد من صدق عميله من عدمه ، وتحديد مدى سلامة قدراته العقلية والانفعالية (عبد الغفار وآخرون ، ٢٠٠٣: ١٤٨-١٤٩؛ جبل وآخرون ، ٢٠٠٢: ٤٧٤) .

ثانياً: الجوانب المتعلقة بموضوع الملاحظة :

تشكل الجوانب المتعلقة بموضوع الملاحظة جوانب ذات أهمية في نجاح الملاحظة وفي الاستفادة منها .

فليست كل الموضوعات يمكن أن تكون الملاحظة فعالة في رصدها وفهمها ، فمثلاً موضوعات تتعلق بالماضي ، يكون فيها استخدام الملاحظة غير ممكن ، كما أن هناك موضوعات حساسة لا يمكن ملاحظاتها ، مثل ما يتعلق بالعلاقات الزوجية والمشكلات الجنسية .

وعلى عكس ذلك فإن هناك موضوعات يشكل استخدام الملاحظة أهمية فيها ، بل هي الوسيلة الأكثر أهمية في رصدها ، كالانفعالات وبعض أنواع السلوكيات ، وتفاعل الجماعات ، ونحوها من الموضوعات (جبل وآخرون ، ٢٠٠٢: ٤٨٤؛ سري ، ٢٠٠٠: ٦٤-٦٥) .

ثالثاً: أسلوب وخطوات إجراء الملاحظة :

هناك خطوات لا بد من الأخذ بها من أجل الوصول لملاحظات ناجحة ، ومن أجل الاستفادة من الملاحظة كأداة تساعد للوصول لفهم مشكلات العملاء .

وتشمل هذه الخطوات كما أشار لها سري (٢٠٠٠: ٦٤-٦٥) ما يلي :

١ـ الإعداد : وذلك عن طريق التخطيط المنظم ، وتحديد ما ستتم ملاحظته وأبعاده ، والمعلومات المتوقع الحصول عليها عن طريق الملاحظة ، وهدف الملاحظة ، وتحضير الأدوات اللازمة للتسجيل إذا كان هناك تسجيل صوتي أو مرئي للمقابلة أو الموقف الذي ستجري خلاله الملاحظة .

٢ـ عملية الملاحظة : تتم عملية الملاحظة إما مع عميل واحد أو مع جماعة من العملاء ، وعند القيام بها لا بد أن يكون هناك حضور لكافة حواس القائم بالملاحظة وتركيز للانتباه على ما تتم ملاحظته ، وفي حال كانت عملية الملاحظة تتم عن طريق ملاحظين خارجيين لا بد من التأكد من استيعابهم للسلوك الذي يقومون بملاحظته ، وكذلك من قدرتهم على استنتاج المعاني منه .

٣ـ التسجيل : تؤثر عملية التسجيل كثيراً في مدى الاستفادة من الملاحظة ، فيجب أن تتم عملية التسجيل بعدها مباشرة وليس أثناءها ، وأن تتم بعد الانتهاء من المقابلة أو الخروج من موقف الملاحظة ، حتى لا يتسنى نسيان ما تمت ملاحظته ، ويختلف أسلوب التسجيل ، فقد يكون قصصياً وتفصيلياً وقد يكون مختصراً .

٤ـ التفسير : بعد الانتهاء من عملية الملاحظة وتسجيلها تأتي العملية التي تشكل اللب أو الهدف الأساسي منها وهي عملية التفسير ، لما تمت ملاحظته ، وهناك عوامل تؤثر في عملية التفسير ، ومنها المعرفة العلمية للأخصائي الاجتماعي ومهاراته . وكذلك الإطار أو التوجه النظري الذي يتبناه فمن خلال توجهه سيستطيع أن يفسر ما لاحظه ورصده من سلوكيات أو انفعالات ، فتفسير المتبني للاتجاهات التحليلية النفسية سيكون بطبيعة الحال مختلفاً عن تفسيرات المتبني لنظرية لأنساق العامة . وأياً كان التفسير فإن ما يحدد سلامته ، هو ما إذا كانت التفسيرات التي تم التوصل لها تتفق مع ما تم التوصل له باستخدام أدوات أخرى .

- زيارة بيئة العميل :

تعرف الزيارة بأنها نوع من المقابلات المهنية مع العميل أو مع أسرته أو مع أي من المتصلين بمشكلته ، وتتم في البيئة الطبيعية أو في أي مكان يقيم فيه هؤلاء الأشخاص .

وعلى الرغم من أهميتها إلا أن هناك قواعد يجب الالتزام بها ، فلا يجب أن تتم إلا بموافقة العميل ، وعند الحاجة الفعلية لها ، لأن فيها تدخل في الخصوصيات ، وهناك بعض الحالات يتطلب وضعها أن يكون هناك زيارات وبعضها لا يهم ذلك .

ولكن يجب أن يلتزم الأخصائي بالاعتبارات المهنية عند الزيارة من حيث عدم الحديث عن مشكلة العميل مع أي شخص يقابله في بيئة العميل ، وأن يختار وقت مناسب للزيارة ويكون هناك تحديد للوقت ، وتأكد من العنوان . خصوصا في حالات العملاء من الأحداث ونحوهم .

- الملاحظة النفسية الإكلينيكية Clinical Observation :

تشكل المقابلة أداة مناسبة لملاحظة السلوك فى ذلك الموقف الملموس إلا وهو موقف الفحص النفسي ، ويمكن أن نستعيد ما قاله دانيل لاجاش عن المقابلة الإكلينيكية وهو يتحدث عن المادة التي يجمعها المحلل النفسي .

حيث تختلط معاني الكلمات بالأسلوب ، وبالبيان والإيحاءات الصوتية ويحمل التعبير اللفظي بالإيحاءات الانفعالية والحركات والإشارات والاستجابات والانطباعات الحشوية ، وكذلك الأفعال المتوقعة أو المنجزة قبل وأثناء وبعد الجلسة النفسية .

وقد تتجاوز الملاحظة إطار المقابلة هذا وتنصب مثلا على سلوك غير متوافق لمريض ما "موضوع في بؤرة الملاحظة ،أو بطريقة أعم على تلميذ في المدرسة وغالبا ما يقوم الأخصائي النفسي الإكلينيكي بالانضمام إلى الفريق المكون من المدرس والأخصائي الاجتماعي والطبيب" .

ومن ثم يستخدم المادة التي جمعها زملاؤه ،ويستطيع الآباء والرفاق أن يسهموا في إثراء الملف السيكولوجي من منظور تاريخي ،حيث تنتظم الملاحظات التي لا يمكن فهمها إلا باعتبارها تصف لحظات في تطور معين يتعين إدراكه بشكل دينامي .

والملاحظة النفسية من الأدوات الهامة التي ينبغي على الأخصائي النفسي الإكلينيكي استخدامها بفن ومهارة عالية .

ويشير حامد زهران إلى أن "ملاحظة الوضع الحالي للعميل في قطاع محدود من قطاعات سلوكه ، وتسجيله لموقف من مواقف سلوكه ، وتشمل ملاحظة السلوك في مواقف الحياة الطبيعية ، ومواقف التفاعل الاجتماعي بكل أنواعها ، في اللعب والعمل والراحة والرحلات والحفلات وفى مواقف الإحباط والمسئولية الاجتماعية والقيادة والتبعية والمناسبات الاجتماعية بحيث يتضمن عينات سلوكية لها مغزى في حياة العميل " .

والملاحظة النفسية الإكلينيكية هي تلك الملاحظة المنظمة التي يحاول فيها الأخصائي النفسي الإكلينيكي أو غيره (المدرس – الوالد – المريض) أن يجمع معلومات عن سلوك معين على النحو الذي يحدث فيه في الموقف الذي يحدث فيه وتسجيل هذا السلوك .

وفى تعريف آخر لها "هي المشاهدة الدقيقة لظاهرة ما مع الاستعانة بأساليب البحث والدراسة التي تتلاءم مع طبيعة هذه الظاهرة" .

ـ أدوات الملاحظة النفسية الإكلينيكية Clinical Observational Tools :

تتضمن أدوات الملاحظة النفسية الإكلينيكية على عدد من الأدوات وهى :

١ـ لوحات المشاركة : وتستخدم لتسجيل مشاركة الفرد أو الأفراد في نشاط جمعي ، أو مناقشة جماعية .

٢- قوائم السلوك Check Lists : وتشتمل قائمة السلوك على عدد من الخطوات ،مثل الأنشطة والسلوكيات التي يسجلها القائم بالملاحظة " الأخصائي النفسي الإكلينيكي " عند وقوع الحدث ،وهى تشبه في ظاهرها مقاييس التدريج ،وهى تساعد الأخصائي النفسي الإكلينيكي الملاحظ في إذا ما كانت سمة أو خاصية موجودة من عدمه .

وهى تفيد في تقويم الأنشطة العلاجية والتعليمية التي تشتمل على الإنتاج وعلى العملية التعليمية ،وأيضا تستخدم في جوانب من التوافق الشخصي الاجتماعي للمريض .

٣- مقاييس الشخصية والتقدير Rating Scales : فهي تشبه مقاييس التقدير قوائم الصفات (قوائم المراجعة) وهى تساعد الأخصائي النفسي الإكلينيكي على أن يشير إلى الحالة أو نوعية ما يقوم بملاحظته وتتيح مقاييس التقدير إجراءات منتظمة للحصول على تسجيل ،وتقرير أحكام القائم بالملاحظة .

وهناك عدة أنواع من مقاييس التقدير ، منها المقاييس الرقمية التي تحدد قيما رقمية لمستويات السلوك من (ممتاز = ٥ ، فوق المتوسط = ٤ ، متوسط = ٣ ، تحت المتوسط -٢ ، متأخر = ١) وتعرف هذه المقاييس بمقاييس التقدير الرقمية .

وهناك نوع آخر من مقاييس التقدير البيانية ، ويعتمد على وجود خطوط بيانية تقع عليها التقديرات ويمكن اختيار الدرجة المناسبة مباشرة .

أما النوع الثالث فيعرف بما يسمى بمقاييس التقدير المقارن ، وهو يزود الأخصائي النفسي الإكلينيكي القائم بالتقدير بعينات معيارية ذات درجات جودة مختلفة ليقارن بها سلوك المفحوص .

أما النوع الرابع فيعرف باسم مقاييس الترتيب ، حيث يعطى لكل فرد من المرضى رتبة فى السلوك أو الخاصة الملاحظة ، حيث يوضع أعلى الأفراد في أعلى المقياس وأدناهم فى أسفله ، ثم يرتب باقي المرضى بينهم .

والنوع الخامس يعرف بما يسمى مقاييس المقارنات الثنائية المزدوجة ،حيث يقارن فرد بآخر ، ويحدد أيهما أكبر في الصفة أو الأداء من الثاني وهكذا .

٤- التسجيلات القصصية Anecdotal Records : وهذه التسجيلات تسجل أحداثا معينة خلال فترة محدودة ، وهى تزود الأخصائي النفسي الإكلينيكي بصورة طولية عن تغييرات معينة بالنسبة لحالة مرضية معينة ، ويجب أن تشتمل على عناصر وهى:

١- ينبغي أن تشتمل على وصف واقعي لما حدث ، ومتى حدث ، وتحت أي ظروف حدث هذا السلوك .

٢- يجب أن يكون التفسير والإجراء الذي يوصى به مستقلا عن وصف السلوك .

٣- يجب أن يشتمل كل سجل قصصي على تسجيل لحادث واحد .
٤- يجب أن يكون الحادث الذي يسجل ذا أهمية لنمو وتطور الطالب .
وهذه الطريقة تتميز بسهولتها وتلقائيتها ، ولكنها في نفس الوقت تستهلك كثيرا من الوقت فى إعدادها .

. مزايا الملاحظة الإكلينيكية :

تتضمن مزايا الملاحظة النفسية الإكلينيكية عددا من المزايا وهى على النحو التالي:
١- تمدنا الملاحظة الإرشادية بتسجيل للسلوك الواقعي كما يحدث .
٢- تطبق الملاحظة في المواقف الطبيعية للسلوك .
٣- يمكن استخدامها مع الأطفال وغيرهم من الحالات التي يكون التخاطب اللفظي معها صعبا .

. عيوب الملاحظة الإكلينيكية :

تتضمن الملاحظة النفسية الإكلينيكية على بعض من القصور وهى على النحو التالي:
١ـ النفقات العالية في إجراء الملاحظة .
٢ـ صعوبة وجود الملاحظ في الموقف دون أن ينتبه إليه الآخرون .
٣ـ لا تخلو الملاحظة من التحيز والعوامل الشخصية .
٤ـ تحديد السلوك الذي تلاحظه .
٥ـ تحديد أهمية عنصر مستقل من السلوك .
٦ـ أن الملاحظة تكون ذو صفة خارجية ،فما نلاحظه هو السلوك وليس ما يعنيه السلوك .

. العوامل التي ترفع من تحسين عملية الملاحظة :

تتضمن العوامل التي ترفع من عملية تحسين الملاحظة على عدد من العوامل أهمها:
١ـ خطط مقدما ماذا تلاحظ ،وقم بإعداد قائمة أو دليل أو نموذج للملاحظة لتجعلها موضوعية .

٢ـ يجب أن يركز القائم بالملاحظة (الأخصائي النفسي الإكلينيكي) على سلوك واحد من اثنين .

٣ـ استخدم مصطلحات واضحة خالية من الغموض .

٤ـ يجب أن يكون كل عنصر مستقلا عن غيره .

٥ـ يجب أن يكون الملاحظ منتبها لأخطاء المعاينة .

٦ـ نسق بين الملاحظة وبين باقي الأنشطة الإرشادية .

٧ـ سجل ولخص الملاحظة بعد حدوثها .

٨ـ لا تتعجل بتفسير السلوك .

٩ـ استخدم الفئات أو الرموز الخاصة بالتصنيف التي يسهل استخدامها .

الفصل الخامس
المقابلة التشخيصية في الطريقة الإكلينيكية

عناصر الفصل الخامس :

- مقدمة
- تعريف المقابلة
- مفهوم المقابلة التشخيصية
- مراحل المقابلات التشخيصية
- أهمية المقابلة
- أهداف المقابلة
- خصائص المقابلة
- أنواع المقابلات
- شروط المقابلة الناجحة
- المقابلة الإكلينيكية
- واجبات المقابل
- صفات المقابل
- أسئلة المقابلة
- المقابلة المدعمة بالملاحظة وبالاختبارات
- المقابلة مع المرضي
- دور الأخصائي الإكلينيكي بين متطلباته المهنية والأخلاقية
- المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي
- مزايا المقابلة
- عيوب المقابلة

الفصل الخامس
المقابلة التشخيصية في الطريقة الإكلينيكية

مقدمة :

تعتبر المقابلة من أهم طرق جمع المعلومات والبيانات وأكثرها صدقاً ، حيث يستطيع الباحث التعرف على مشاعر وانفعالات المقابل ، وكذلك اتجاهاته وميوله ، وهذا ما لا يستطيع الوصول إليه إلا من خلال المقابلة .

وتعد المقابلة من أهم أدوات عمليات الممارسة ، وبالتالي فإن ما يحدد كونها أداة للدراسة أو للتشخيص أو للعلاج ، هو الهدف منها ، وما يقوم الأخصائي الاجتماعي بتنفيذه خلال تلك المقابلة ، وعادة المقابلات الأولية التي يتعرف من خلالها الأخصائي الاجتماعي على طبيعة العميل وشكواه ، ويقرر مدى حاجته لعملية المساعدة تدخل في إطار مقابلات الدراسة . أما المقابلات التي تكون بهدف تحديد الأعراض ، والوصول لفهم أعمق لوضع العميل ، ويتم من خلالها تطبيق المقاييس والاختبارات ، فتكون مقابلات تشخيصية ، ومن خلالها يستطيع الأخصائي الاجتماعي أن يصل لتحديد للمشكلة ، لينطلق بعد ذلك في المقابلات العلاجية ، وهي المقابلات التي من خلالها يقوم الأخصائي الاجتماعي بتطبيق الأساليب العلاجية المناسبة لطبيعة المشكلة (لويس مليكة ، ١٩٩٢: ٦٥؛ خليل ، ٢٠٠٥: ٦٦-٦٧) .

ومن الضروري أن يضبط السيكولوجي مظاهر استجاباته وهذه حالة من حالات كثيرة يرى فيها بعض الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين أن المنهج الإكلينيكي إذا فهم على هذا النحو ، فلن يستطيع استخدامه إلا من سبق لهم المرور بخبرة التحليل النفسي .

وفي هذا الفصل سنتحدث عن المقابلة الإكلينيكية وفنياتها وأنواعها وأهدافها وخصائص المقابلة والشروط اللازمة لنجاح المقابلة الإكلينيكية ، وسنبدأ بالحديث بتعريف المقابلة بشكل عام ثم نعرف المقابلة الإكلينيكية ثم ننتقل للحديث عن دور المقابلة الإكلينيكية في عملية التشخيص .

. تعريف المقابلة :

المقابلة في اللغة : المواجهة ، والتقابل (ابن منظور) أما في اصطلاح التربويين فهي :

١- علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر .

٢- المقابلة محادثة موجهة بين الباحث والشخص أو أشخاص آخرين بهدف الوصول إلى حقيقة أو موقف معين ، يسعى الباحث للتعرف عليه من أجل تحقيق أهداف الدراسة .

٣- وسيلة شفوية ، (مباشرة أو هاتفية أو تقنية لجمع البيانات ، يتم خلالها سؤال فرد أو خبير عن معلومات لا تتوفر عادة في الكتب أو المصادر الأخرى) .

من هذه التعريفات وغيرها نستنتج أن المقابلة هي: لقاء بين شخصين فأكثر لتحقيق هدف ما ، من خلال طرح الأسئلة الهادفة من قبل المقابل على شخص تجري معه المقابلة ، والتي يصاحبها عادة الكثير من الانفعالات الناجمة عن سؤال ورد فعل على هذا السؤال ، وكل هذه العملية تهدف إلى جمع أكبر قدر من المعلومات والبيانات المقصودة من الباحث ليستفيد منها في تحقيق هدفه من المقابلة .

. مفهوم المقابلة التشخيصية :

مفهوم المقابلات التشخيصية والعلاجية: يمكن القول بأن المقابلات التشخيصية والعلاجية تتفق من حيث المهارات والفنيات التي تسهل الحصول على المعلومات الممكنة حول الفرد من مصادرها المختلفة وبوسائل متباينة فيما يتعلق بجوانب شخصية ، ومن ثم يمكن للمرشد أن يدرس سلوكياته في إطار من التفاعل الإيجابي المثمر بينهما . بينما تختلف المقابلات التشخيصية عن العلاجية في الهدف الأساسي لكل منها ، فالهدف الأساسي للمقابلة التشخيصية هو التأكد من حالة المسترشد التي تم التعرف عليها بصفة مبدئية في المقابلة الابتدائية حتى يكون التشخيص سليما وصحيحا ، بينما يركز الهدف الأساسي للمقابلة العلاجية على تنفيذ الاستراتيجيات الإرشادية المعالجة التي رسمها المرشد النفسي بناء على تشخيصه لحالة المسترشد .

- مراحل المقابلات التشخيصية :

أ- مرحلة الافتتاح : تتحدد خصائص مرحلة الافتتاح بطريقتين هما طريق بناء الألفة بين المرشد النفسي والمسترشد ، طريقة الوعي الفكري الذي يمليه المرشد النفسي عند المسترشد .

ب- مرحلة البناء : وتبدأ بمناقشة المسترشد بالتفصيل حتى يمكن تشخيصها وعلاجها على أسس علمية سليمة . ثم يحاول المرشد النفسي أن يساعد المسترشد ويشجعه على نفسه فيعي ويدرك الارتباطات القوية بين مفهومه لذاته وبين الاتجاهات المختلفة المؤثرة عليها ، ومما تعكسه من آثار تشكل سلوكه العام . ويحاول المرشد النفسي أن يساعد المسترشد بعد ذلك على أن يتواصل مع نفسه فيتحدث عنها وكأنه وجدها وملكها ، وليس على اعتبارا أنها تمثل جزءا منفصلا عن كيانه وذاته ، ويحاول المرشد النفسي أن يصل بالمسترشد بعد ذلك إلى الفترة النهائية من مرحلة البناء وهى تطابق النفس، ويتميز هذه الفترة بوعي المسترشد وإدراكه بمشاعره الداخلية وعالمه الخارجي ومحاولة تطابقها على بعضها ويتضمن تطابق النفس معنى التحدي للنفس ، حيث يتقبل المسترشد كل جديد في سلوكه ويمارسه بكل رضا ودون تردد أو خوف .

ج - يسعى المرشد في هذه المرحلة : بغرس الأمل في نفس المسترشد ويشعره باستفادته من المقابلة مهما كانت نوعها أو حجمها كما يعمل المرشد على مساعدة المسترشد وتشجيعه على المساهمة في وضع الخطط المستقبلية للعملية الإرشادية حتى يشعر بمسئولية نحو نفسه ، ويشعر بدوره الفعال نحو الامتثال للشفاء ويراعي المشرد النفسي في هذه المرحلة مناقشة أي معلومة لم تستكمل أو طرحت أثناء هذه المرحلة وذلك في سياق من الود والتقدير .

وقد يمارس المرشد النفسي مهنته على وتيرة واحدة لا يغيرها ، وبناء على نمط معين لا يحيد عنه في تعامله مع كافة المسترشدين الذين يترددون عليه . وقد يغير المرشد النفسي من طرقه وأساليبه المهنية حسب الحالة التي يتعامل معها ، وحسب المسترشد الذي يعالجه ، فلكل طريقة خاصة في العلاج وأسلوب متميز في التعامل . وقد يتبع المرشد النفسي مدرسة معينة من مدارس الإرشاد والعلاج النفسي يمارس خبراته المهنية

وفق فلسفتها ونظرياتها ، فنجد المرشد النفسي الإنساني والمرشد النفسي السلوكي والمرشد النفسي الانفعالي العقلاني .

وقد يختار المرشد النفسي وينتقي ما يعجبه ويرتاح إليه ، وما يؤمن به ويعتمد عليه من فلسفة ونظرية ، من طريقة وأسلوب ، من مدارس الإرشاد والعلاج النفسي المختلفة لتشكل ملامح استراتيجياته التي يضعها عند معالجته للحالات التي يتعامل معها ، وهذا ما يسمى (بالمرشد النفسي) .

وبالرغم من أن كل مرشد نفسي يضع استراتيجياته الإرشادية ، وينفذها وفق فلسفته التي يعتنقها ، ونظرياته التي يؤمن بها ، مما ينعكس على فنياته التي يستخدمها أثناء ممارسته المهنية مع الحالات التي يعالجها ، إلا أن الخطوط العريضة لبناء المقابلة الإرشادية تكاد تكون واحدة في إطار الممارسة العامة لمهنة الإرشاد النفسي . وسنتعرض فيما يلي لتلك الخطوط العريضة التي يتبعها معظم المرشدين النفسيين في مقابلاتهم الإرشادية .

ويمكن القول أن المقابلة التشخيصية بعامة ، يغلب أن يخطط لها مسبقاً ، بمعنى أن تحدد استراتيجيتها ، وإن كان يصعب التحديد المسبق لتكتيكاتها . وفي ضوء الاستراتيجية ، تصاغ الأسئلة التي تهدف إلى الحصول على المعلومات عن تاريخ وحاضر وخصائص شخصية العميل وطبيعة المشكلة التي يواجهها ، إلا أن الأخصائي في ضوء الإجابات عن هذه الأسئلة ، لاستكمال المعلومات وللتحقق من صدق بعض الفروض ، وقد يلجأ إلى مختلف الأدوات التشخيصية ، مثل الاختبارات والفحوص المعملية والسجلات .

أهمية المقابلة :

تبرز أهمية المقابلة كما جاء في النقاط التالية :

- تعتبر عملية تتيح الفرصة للمستجيب للتعبير الحر عن الآراء والأفكار والمعلومات .
- تتحول من أداة اتصال ووسيلة التقاء إلى تجربة عملية ، خاصة ما يتعلق منها بميدان الإرشاد بين الأخصائيين النفسيين والآباء بحيث تتيح للآباء أن يتعلموا شيئاً عن أنفسهم واتجاهاتهم وعن العالم الذي يعيشون فيه وبالتالي تتكون لديهم أساليب

جديدة في التفكير والعادات السلوكية المرغوبة وبذلك تكون المقابلة ميداناً ومجالاً للتعبير عن المشاعر والانفعالات والاتجاهات .

- تعتبر المقابلة مصدراً كبيراً للبيانات والمعلومات فضلاً عن كونها أداة للتعبير والتوعية والتفاعل الديناميكي .
- تختلف أهداف المقابلة باختلاف الغاية التي تستهدف المقابلة إلى تحقيقها في نهاية المطاف .

ويتضح ذلك من الأنواع المختلفة للمقابلة فلكل نوع هدفه وغرضه المحدد وغايات يحاول المقابلون الوصول إليه .

ـ أهداف المقابلة :

تختلف أهداف المقابلة وتتنوع ، وكذلك تتعدد وظائفها وتتشعب لتكون منها الأهداف والوظائف التشخيصية والعلاجية وغيرهما .

فمن المقابلات ما يهدف إلى زيادة تبصير الباحث بالمشكلة التي يتصدى لدراستها ، حيث تعرفه على جوانب جديدة لبحثه أو تعرفه على الفروض والاستجابات البديلة لعناصر البحث ، بغض النظر عن نوعية البحوث المستهدفة .

ويذكر حسين (١٩٩٥) هدفاً آخر للمقابلة هو "إتاحة الفرصة أمام المقابل بتشكيل الجو الاجتماعي الذي يسمح بمعالجة بعض الضغوط الاجتماعية لدى المبحوث مما يسهل إمكانية الحصول على معلومات صريحة منه" .

وقد تتحقق أهدافا لمقابلة لا يمكن أن تتحقق بأساليب أخرى غيرها منها :

١- أن يكون المقابل طفلا لا يستطيع التعبير عن نفسه عن طريق الكتابة .
٢- أن يكون المقابل أمياً لا يستطيع القراءة أو الكتابة .
٣- أن نستخدم في دراسة الحالة أو لحل مشكلة خاصة فردية أو جماعية .
٤- أن تستخدم المقابلة لاستكمال المعلومات التي تم الحصول عليها باستخدام طرق وأساليب أخرى .

ـ خصائص المقابلة :

للمقابلة عدد من الخصائص تتمثل في الآتي :

١- أنها تبادل لفظي منظم بين شخصين هما الباحث والمبحوث بحيث يلاحظ الباحث فيها ما يطرأ على المبحوث من تغيرات وانفعالات .

٢- تتم المقابلة بين شخصين هما القائم بالمقابلة والمبحوث في موقف واحد .

٣- يكون للمقابلة هدف واضح ومحدد وموجه نحو غرض معين .

ـ أنواع المقابلات :

تنوعت تقسيمات وتصنيفات التربويين للمقابلة ، وربما يعود السبب في هذا التنوع والتعدد إلى تنوع الأهداف والغايات من إجرائها فالمقابلات تختلف في أغراضها وطبيعتها ومداها .

وفيما يلي نرد تقسيمات أنواع المقابلات كما جاءت عند ملحم (٢٠٠٥) :

أولاً : من حيث عدد العملاء أو المقابلين المستجيبين :

يمكن تقسيم المقابلة إلى نوعين رئيسين هما:

(أ) المقابلة الفردية: التي تتم بين الباحث والمفحوص (المستجيب) وتعتبر أكثر الأنواع شيوعاً لأنها تتم بين المقابِل والمستجيب .

(ب) المقابلة الجمعية : وتتم بين الباحث وعدد من الأفراد في مكان واحد ووقت واحد من أجل الحصول على معلومات أوفر في أقصر وقت وأقل جهد وغالباً يستخدم هذا النوع من المقابلات لإعطاء المعلومات أكثر مما يستخدم لجمعها .

ثانياً : وفقاً لنوع الأسئلة التي تطرح فيها ودرجة الحرية التي تعطى للمستجيب في إجاباته :

يمكن تقسيم المقابلة إلى ثلاث أنواع :

(أ) المقابلة المقفلة المغلقة **Structured**: وهي المقابلة التي تطرح فيها أسئلة تتطلب إجابات دقيقة ومحددة ، ولا تفسح مجال للشرح المطول ، وإنما يطرح السؤال وتسجل الإجابة التي يقررها المستجيب .

(ب) المقابلة المفتوحة Unstructured: وهي المقابلة التي يقوم فيها الباحث بطرح أسئلة غير محددة الإجابة ، وفيها يعطي المستجيب الحرية في أن يتكلم دون محددات للزمن أو للأسلوب وهذه عرضة للتحيز وتستدعي كلاماً ليس ذا صلة بالموضوع .

(ت) المقابلة المقفلة المفتوحة : وهي التي تكون الأسئلة فيها مزيجاً من النوعين السابقين (مقفلة ومفتوحة) . وفيها تعطي الحرية للمقابل بطرح السؤال بصيغة أخرى والطلب من المستجيب لمزيد من التوضيح .

ثالثاً: من حيث غرض المقابلة في الميدان الإكلينيكي :

يمكن تقسيم المقابلة من حيث غرض المقابلة في الميدان الإكلينيكي إلى ستة أنواع رئيسية هي :

أـ مقابلة للالتحاق بالعلاج أو المؤسسة .

ب ـ مقابلة الفرز والتشخيص المبدئي .

ت ـ مقابلة البحث الاجتماعي والشخصي للحالة .

ث ـ مقابلة ما قبل وما بعد الاختبارات النفسية .

ج ـ المقابلة الممهدة للعلاج النفسي .

ح ـ المقابلة مع أقرباء المريض وأصدقائه .

رابعاً : من حيث الغرض من المقابلة في ميدان التفاعلات الاجتماعية السوية :

(أ) المقابلة الاستطلاعية (المسحية) : يستعمل هذا النوع من المقابلات للحصول على معلومات من أشخاص يعتبرون حجة في حقولهم أو ممثلين لمجموعاتهم والتي يرغب الباحث الحصول على بيانات بشأنهم .

(ب) المقابلة التشخيصية : وتستعمل لتفهم مشكلة ما وأسباب نشوئها ، وأبعادها الحالية ، ومدى خطورتها على العميل تمهيداً لتحديد الأسباب ووضع خطة للعلاج .

(ت) المقابلة العلاجية : وهذا النوع يهدف بشكل رئيسي إلى القضاء على أسباب المشكلة والعمل على جعل الشخص الذي تجرى معه المقابلة يشعر بالاستقرار النفسي .

(ث) المقابلة الاستشارية: يستعمل هذا النوع من المقابلات لتمكين الشخص الذي تجري معه المقابلة وبمشاركة الباحث على تفهم مشاكله الشخصية والمتعلقة بالعمل بشكل أفضل والعمل على حل تلك المشاكل .

خامساً: من حيث طبيعة الأسئلة، يمكن تقسيم المقابلة إلى ما يلي:

(أ) المقابلة الحرة: التي تطرح فيها أسئلة غير محددة الإجابة .
(ب) المقابلة المقننة: وهي المقابلة التي تطرح فيها أسئلة تتطلب إجابات دقيقة ومحددة .
(ت) المقابلة غير المقننة: ويتصف هذا النوع من المقابلات بالمرونة والحرية بحيث تتيح للمفحوص التعبير عن نفسه بصورة تلقائية .
(ث) المقابلة البؤرية: حيث تكون الوظيفة الأساسية للباحث هو تركيز الاهتمام على خبرة معينة صادفها الفرد وعلى آثار هذه الخبرة .
(ج) المقابلة غير الموجهة: حيث يكون المفحوص أكثر حرية في التعبير عن مشاعره ودوافع سلوكه بدون توجيه معين من الباحث .

سادساً: حسب طول المقابلة ومداها تقسم إلى :

(أ) المقابلة القصيرة .
(ب) المقابلة الطويلة .
(ت) المقابلة لمرة واحدة .
(ث) المقابلة المتكررة .

- شروط المقابلة الناجحة :

هناك عدة شروط يجب أن تتوفر في المقابلة الناجحة منها:

١- أن تحدد أهداف المقابلة ، وأن تكون واضحة ومفهومة .
٢- أن يقوم شخص ماهر ومدرب بالمقابلة .
٣- أن يعد من يقوم بالمقابلة قائمة الأسئلة .
٤- أن لا يُشعر من يقوم بالمقابلة الطرف الآخر بأنه سيقوم بإعطاء إجابة معينة أو تحيزاً .
٥- يفضل أن يكتب من يقوم بالمقابلة ملاحظاته عنها أثناء إجرائها .

٦- أن يكتب من يقوم بالمقابلة تقريراً مفصلا عن المقابلة فور انتهائها .
٧- أن يقوم المقابل بإعلام المستجيب بطبيعة المشروع ويشجعه على التعاون معه .
٨- أن يكون صريحاً مع المستجيب بحيث لا يخفي عنه الحقيقة .
٩- مراعاة المقاييس العلمية عند اختيار الأشخاص .
١٠- طلب الإذن بتسجيل المقابلة ، إذا كانت على شريط مسجل .

. المقابلة الإكلينيكية Clinical Interview :

ـ تعريفها وأهميتها وأهدافها وأنواعها :

إن المقابلة هي الأساس في عمل الأخصائي النفسي إذ إنها الوسيلة أو الأداة التي تساعده في الحصول على بيانات ومعلومات والتعرف على العميل وظرفه سواء كان فرداً أو أسرة أو جماعة ، مما يوجهه فيما بعد في كل خطوة من خطوات تدخله المهني (النوحي ، ٢٠٠٥: ١٦٩) .

وتعرف المقابلة بأنها عبارة عن علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر ، ويمثل الشخص الأول الأخصائي النفسي أو الاجتماعي ، بينما الشخص أو الأشخاص الآخرون هم من يتوقعون المساعدة ، وتهدف المقابلة التشخيصية إلى تشخيص حالة العميل بتوجيه أسئلة هادفة ، وبملاحظة سلوكه ملاحظة دقيقة . يمكن من خلالها الحصول على المعلومات والدلالات والمؤشرات التي تساعد على دقة التشخيص (خليل ، ٢٠٠٤: ٦٦؛ زينب شقير ، ٢٠٠٢: ٧٥) .

والمقابلة من الأدوات الأساسية للممارسين النفسين والاجتماعيين ممن ينتهجون المنهج الإكلينيكي في محاولة تحديد مشكلات العملاء ، وفهمها ، وحتى في مساعدة العملاء في التغلب عليها .

وتتطلب المقابلة الإكلينيكية أن يتوفر فيها شرط الموضوعية والدقة ، بحيث تكون موجهة توجيهاً سليماً يُمكّن من الاستفادة منها ، وإلا أصبحت من المقابلات العابرة التي لا يمكن تحقيق فائدة ترجى من خلالها (خليل ، ٢٠٠٤: ٦٩؛ زينب شقير ، ٢٠٠٢: ٧٦) .

كما وتعد المقابلة أداة رئيسة ، وذلك لأنها هي الوسيلة التي يتم من خلالها توظيف معظم الأدوات الأخرى ، فبعض أساليب الملاحظة مثلاً تطبق أثناء المقابلة ، كما أن بعض تطبيقات المقاييس تتم أثناء المقابلة .

وغالبا ما تعتبر المقابلة الإكلينيكية بين الأخصائي النفسي الإكلينيكي والمريض هي الأسلوب الإكلينيكي الأمثل ، وتوجد مفاهيم مختلفة حول أهداف المقابلة والموقف الذي يجب على الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يتخذه تجاه المريض .

ويمكن أن نفهم المقابلة باعتبارها لحظة "المواجهة Rencontre" بالمعنى الفينومنولوجى بين الأخصائي النفسي الإكلينيكي والمريض .

حيث يمكن أن ينشأ المجال عبر الشخصي Intro Subjective الذي يعتبر عند البعض مجال تطبيق المنهج الإكلينيكي ، وفى إطار هذا التطور فإن الاستجابات الانفعالية السيكولوجية تصبح وسيلة لكي يفهم شيئا عن المفحوص .

كما يمكن أن نفهم المقابلة فى ضوء التطور غير التوجيهي Non-Directive عند كارل روجرز ،حيث يتعين على الأخصائي النفسي أن يستمع إلى المفحوص ويشجعه على التعبير عن نفسه دون إصدار حكم أو تقييم ودون أن يحول أن يضفي على المقابلة أي تشكيل Structure .

ويكون الهدف هنا هو إتاحة الفرصة للمفحوص لكي يكتشف نفسه خلال المقابلة من خلال المعلومات أو الحلول التي جاء يتسلمها من الأخصائي النفسي .

وعلى النقيض من ذلك ، يستطيع عالم النفس أن يجرى المقابلة كما لو كانت (شغله الشاغل) أي يلقى سلسلة من الأسئلة التي يأمل في الحصول على إجابة عليها من المفحوص .

ومن المفهوم طبعا أن هذا الأسلوب لا يتخذ شكل تحقيق النيابة وإنما تدخل فيه الموضوعات التي تبدو ضرورية للدراسة خلال محادثة تكفل قدرا كبيرا من حرية التصرف .

ويحرص الأخصائي إلا آن يقترح أي إجابات مباشرة أو غير مباشرة على المريض ، وتكتسب المعلومات التي يقدمها المفحوص في هذا النوع من "المشكلة" والموجهة أهمية كبرى بالطبع .

ويتم تعلم هذا الأسلوب من المقابلة أساسا عن طريق الممارسة ويبدأ الطالب بأن يحضر المقابلات التي يجريها أحد الأخصائيين النفسيين المحنكين "بمساعدة أدوات التسجيل الصوتي والتصويري الممكنة والتي تكفل الاستمتاع والرؤيا المتكررين والتعليق والتدريب" .

ثم يحرر الأخصائي النفسي الإكلينيكي أولى مقابلاته تحت إشراف مسئول ، ونجد هذه الروح في أسلوب التعليم سائدة لدى مختلف تكنيكات المنهج الإكلينيكي .

فالقيمة التنبؤية للمقابلة فيما يتعلق بالنجاح المدرسي أو المهني اللاحق نادرا ما تكون أعلى من القيمة التنبؤية للاختبارات التقليدية وغالبا ما يحدث ألا تستخدم المقابلة من منظور فنومنولوجى بحت أو من زاوية الحصول على معلومات فحسب .

وعليه فمن الصعب للغاية معرفة ما إذا كان في الإمكان طرح مشكلة ضبط الدور تقوم به فى وصول عالم النفس إلى استنتاجه ،وما إذا كان ذلك ممكنا بالفعل .

وتهتم المقابلة الإكلينيكية بمختلف الخبرات التي يمر بها الشخص فهي تدور حول جوانب الشخصية بأكملها ، والهدف منها التشخيص والعلاج ، وفى المقابلة الإكلينيكية يلاحظ الأخصائي النفسي الإكلينيكي كل أنواع السلوك التي تصدر من المفحوص . مثل ملامح الوجه وتعبيراته ، وأي دلالات غير عادية يلاحظها الأخصائي النفسي الإكلينيكي على المريض مثل التلعثم أو السرعة في الكلام أو الخجل وتستخدم المقابلة الإكلينيكية مع المرضى في المستشفى ، وفى تطبيق الاختبارات النفسية وفى المقابلة العلاجية .

والهدف الذي من أجله تمت المقابلة هو ما يحدد مسارها وتوجهها ، وإن كان هناك هدف أساسي لها أياً كان نوعها سواء كانت مقابلة أولية ، أو بهدف الدراسة ، أو بهدف التشخيص ، أو حتى من أجل تقديم العلاج . فإن القاسم المشترك لكل تلك الأنواع من المقابلات هو تحقيق التفاعل بين العميل والأخصائي الاجتماعي الذي له دوره الكبير في نجاح عملية التدخل المهني ، وإن كان لكل مرحلة من المقابلات خصائصها وأهدافها الخاصة (لويس مليكة ، ١٩٩٢: ٦٥؛ خليل ، ٢٠٠٤: ٦٦؛ زينب شقير ، ٢٠٠٢: ٧٦) .

والمقابلة تكون مع بداية لقاء الأخصائي النفسي بالعميل ، وبالتالي فإن نجاح الأخصائي النفسي ومهاراته في إتقان أساسياتها منذ البداية سيمهد لبناء علاقة مهنية وطيدة ، ويتطلب ذلك من الأخصائي النفسي أن يعد نفسه ويهيئها ، وكذلك أن يكون المكان المعد للمقابلات مهيأ ومريحاً ، وأن تكون في موعد مناسب للعميل . فالمقابلة هي المحور الذي تصب فيه كل متطلبات الممارسة من حيث التطبيق لمبادئ وأخلاقيات مهنية ، وتنفيذ لعمليات ممارسة ، باستخدام المهارات المهنية التي تساعد على تطبيق كل تلك المتطلبات بحرفية عالية ، فتدريب الأخصائي الاجتماعي ومهاراته تلعب دوراً بارزاً في نجاح المقابلة والاستفادة منها (إبراهيم ، ١٩٨٨: ٨٠؛ لويس مليكة ، ١٩٩٢ : ٧٤-٧٥ ؛ متولي وعبد المجيد ، ١٩٩٩: ١٠٠؛ الشناوي ، ١٩٩٦: ١٢٠) .

وتختلف مدة المقابلات وأسلوب إدارتها ، ومناطق التركيز فيها بناءً على المرحلة التي تتم فيها ، وطبيعة العملاء (جبل ، ٢٠٠٣: ٢٠٩) .

وكذلك طبيعة النظرية أو المدخل الذي يتبناه الأخصائي الاجتماعي . فمقابلة بغرض الدراسة تحتاج لأساليب وتقنيات تختلف عنها مقابلة تشخيصية ، وكذلك مقابلة عميل مراهق ، تختلف عن مقابلة عميل راشد ، ومقابلة فرد ، تختلف عن مقابلة جماعة ، أو أسرة ، ومقابلة يقوم بها أخصائي اجتماعي يتبنى مداخل نظرية تحليلية نفسية ، تختلف عن مقابلات من يتبنى مداخل معرفية وسلوكية (محمد ، ٢٠٠٤ : ١١٠) .

المقابلة المهنية قد تتم بطريقتين :

الأولى: المقابلة المباشرة Face to Face :

أما الطريقة الثانية : فهي المقابلة غير المباشرة التي تتم عن طريق الهاتف ، ولكل منهما ميزاته وعيوبه ، ومهاراته الخاصة .

وإن كانت المقابلة المباشرة أكثر فاعلية وتساعد على توطيد العلاقة المهنية كما تساعد على رصد كافة الانفعالات وملاحظة العميل ملاحظة دقيقة ، قد تفتقر لها المقابلات الهاتفية . فإن المقابلات الهاتفية في الوقت نفسه تتناسب مع بعض الظروف وبعض الحالات وبعض المشكلات وبالأخص تلك التي تلامس جوانب

حساسة وسرية من حياة بعض العملاء ولا يرغبون في الحديث عنها في المقابلات المباشرة (Ormond & others, 2000: 64-65) .

كما قد تكون المقابلة فردية ، أي تتم مع عميل واحد ، أو جماعية عندما تتم مع جماعة أو مع أزواج أو حتى مع أفراد الأسرة ككل (علي وآخرون ، ١٩٩١ :٢١٨؛ محمد ، ٢٠٠٤: ١١٠؛ خليل ، ٢٠٠٤: ٦٦) .

ويتفق كثير من الباحثين : (علي وآخرون ، ١٩٩١: ١٨٩-١٩٠؛ عبد الغفار وآخرون ، ٢٠٠٣: ١٧٤-١٧٥؛ جبل وآخرون ، ٢٠٠٢: ٣٧٢) .

على أن أهمية المقابلة التشخيصية تأتي من خلال ما يلي :

١ـ من خلال المقابلة يمكن للأخصائي الاجتماعي ملاحظة الكثير من التعبيرات والحركات التي تصاحب ما يدلي به العميل من عبارات وأحاديث مما يؤكد أو ينفي صدق العميل في عرض مشكلته .

٢- من خلال المقابلة يستطيع الأخصائي أن يتعرف على قدرات وإمكانات العميل ، سواء في ذات العميل ، أو في ظروفه البيئية سواء من أفراد محيطين أو أنساق وتنظيمات اجتماعية يمكن أن تستثمر في عملية المساعدة .

٣ـ المقابلة وسيلة يمكن أن يطبق من خلالها الأخصائي الاجتماعي كافة اختباراته ويطبق مقاييسه ويستطيع كذلك أن يتأكد من إجابة العميل عليها ، وكذلك ملاحظة استجاباته وانفعالاته .

٤ـ من خلال المقابلة يمكن للأخصائي ملاحظة شخصية العميل بجوانبها الجسمية والنفسية والعقلية ، مما يكون له أثر في تقدير وضع العميل وتشخيص مشكلته .

٥ـ من خلال المقابلة يتم تشخيص مشكلة العميل بعد أن يتم تقدير كافة الظروف المتعلقة به وبظروفه ، وأيضاً وضع الخطوط العامة للعملية العلاجية .

فالمقابلة الإكلينيكية هي محادثة تتم وجهاً لوجه بين العميل والأخصائي النفسي الإكلينيكي وغايتها العمل على حل المشكلات التي يواجهها الأول ، والإسهام في تحقيق توافقه ويتضمن ذلك التشخيص والعلاج ، ولكننا سوف نركز النقاش في هذا الفصل

على المقابلة التي تهدف أساساً إلى التشخيص ، مع التأكيد مرة أخرى على صعوبة الفصل بين التشخيص والتنبؤ والعلاج ، وبين المقابلة وغيرها من أدوات التشخيص مثل الاختبار السيكولوجي (وهو في واقع الأمر مقابلة مقننة) والملاحظة التي تتم في كل من المقابلة والاختبار وغيرهما من مصادر المعلومات في دراسة الحالة ، وتهيئ المقابلة الفرصة أمام الإكلينيكي للقيام بدراسة متكاملة للحالة عن طريق المحادثة المباشرة ، ولفهم العميل وللتأكد من صدق بعض الانطباعات والفروض التي يصل إليها عن طريق الأدوات التشخيصية الأخرى ، وهو أمر ضروري للتوصل إلى الصياغات التشخيصية ، ويحسن القارئ صنعاً إذا رجع إلى نموذج دراسة الحالة الذي تقدمه في الفصل الرابع ، وسوف يتبين أن الكثير من البيانات الواردة في هذا النموذج يمكن الحصول عليها عن طريق المحادثة المباشرة .

وترتكز المقابلة الإكلينيكية (المضمون) مع المريض حول الموضوعات الهامة التي تكون لها دلالات ومعاني في حياة المريض ، وتلقى لنا الضوء على بنائه النفسي ونمط علاقاته بالموضوع ومدى توافقه وعدم توافق الآخرين ، وتدور حول نقاط أساسية في حياة المريض ومنها على سبيل المثال :

١ـ فكرة المريض (الفرد) عن نفسه : وهنا يقوم الأخصائي النفسي الإكلينيكي بسؤال المريض عن نفسه ، وأي نوع من الناس هو يكون ، هل يرى المريض نفسه إنسانا صاحب شخصية ممتازة ، أم يرى نفسه غير ذلك ، ويسأله كذلك الأخصائي النفسي الإكلينيكي المريض عن فكرته عن نفسه وكيف يرى ذاته .

٢ـ اهتمامات المريض : وفى هذه النقطة دور محور المقابلة الإكلينيكية بين الأخصائي النفسي الإكلينيكي وبين المريض حول ما هي قدرة المريض الإنتاجية ، وما هي الأشياء التي يجهلها أكثر من غيرها وما هي هوايته ، وكيف يقضى وقت فراغه ؟

٣- المشاركة الاجتماعية للمريض : وتدور محاور المقابلة الإكلينيكية بين الأخصائي النفسي الإكلينيكي والمريض عن مدى مشاركة المريض في الحياة الاجتماعية وما هو نوع الرفقاء الذين يفضلهم المريض؟ وهل يميل المريض إلى أن يكون قائدا أم منقادا ؟

وهل هناك علاقات عاطفية مشبعة للمريض ، أم علاقات قصيرة ووقتية ؟

٤ـ طموح المريض وتوقعاته نحو المستقبل: وفى مثل هذه الحالة يقوم الحوار بين الأخصائي النفسي الإكلينيكي والمريض في مجال الأسرة والزواج والعمل ، وماذا يعنى المستقبل للمريض وما هو طموح المريض بالنسبة لمستقبله؟ وما هي المهنة التي يجب المريض أن يعمل بها وكيفية إعداده نفسه للقيام بها ؟

٥ـ طبيعة الدوافع لدى المريض: ويركز الأخصائي النفسي الإكلينيكي على معرفة الدوافع للمريض وأهدافه من أجل إلقاء الضوء ومعرفة طبيعة شخصيته وهل له رغبة في تحقيق ذاته عن طريق العمل ، وهل يرغب في الشفاء إذا كان مريضا ، ويأتي ذلك عن طريق سؤاله عن دافعه وراء المهنة التي يعمل بها ، وماذا تعنى الحياة بالنسبة له ؟

٦ـ الخبرات المؤلمة والمشبعة فى حياة المريض: وعلى الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يجعل المريض يعبر عن الخبرات التي تركت أثرا في حياته بصفة عامة وبصفة خاصة ، والتي قد تلعب دورا في تحديد مستقبله وفى رؤيته للحياة ، وهل المريض متفائل أم متشائم ، وكذلك من الضروري معرفة المراحل التي حدثت فيها تلك الخبرات الضارة أو السارة .

فهذه الخبرات التي مر بها المريض تلقى الضوء على عملية النكوص والميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها الفرد سواء كان مريضا أو سليما في تعامله مع الحياة .

٧- طبيعة القلق لدى المريض: وتكمن طبيعة عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي في الكشف عن القلق لدى المريض ، ويحاول الأخصائي النفسي الإكلينيكي كذلك التعرف على مصادر هذا القلق ، وهل قلق المريض سببه عوامل حقيقية موضوعية ، أم ناتج من مخاوف داخلية لدى المريض .

ولا بد للأخصائي النفسي الإكلينيكي سؤال المريض عن الدراسة ، وعلاقاته الجنسية وصحته ومدى توافقه أو عدم توافقه في عمله ، وصراعاته ومنشأ هذه الصراعات ، وما هي معتقداته الدينية .

وهل يتمسك بالقيم والمعايير ،وما رأيه في التغيرات التي تحدث في المجتمع فمثل هذه الأسئلة وغيرها هي التي توضح للأخصائي النفسي الإكلينيكي درجة القلق ونوعه ومصدره .

وعلى ذلك فيجب أن تتضمن المقابلة الإكلينيكية على أسس بنائية وديناميية وشكلية ، وتجرى المقابلة الإكلينيكية في كل مجال إنساني سواء أكان فى حقل تطبيقي أم غير ذلك بهدف خدمة الإنسان على النحو الذي يوصف به الإنسان السوي لأنها تعطى انطباعا متعمقا عن حياة الفرد بصفة عامة وبصفة خاصة .

وتأتي المقابلة الشخصية كوسيلة للتأليف بين مجموعة من المعلومات جاءت عن طريق تقارير أو عن أقوال الآخرين ، أو معلومات جاءت عن طريق القياس للقدرات والسمات الخاصة للشخص المفحوص ثم يصل إليه القائم بالمقابلة بنفسه عن طريق الأسئلة التي يوجهها إلى المفحوص وما يبدو منه من سلوك أثناء المقابلة .

وربما تكون المقابلة أكثر الطرق شيوعا لقياس الشخصية وإن كانت لها عيوب ، فالقائم بالمقابلة كثيرا ما يأخذ في تقريره بالانطباع الأول الذي يكونه عن شخصية المفحوص .

فإن كان انطباعا سارا كان الحكم في صالح المفحوص ، وإن كان غير ذلك فهو ضده ، لذلك قام كثير من المهتمين بالمقابلة بمحاولة تدارك عيوبها بتحديد وتوحيد الظروف التي تجرى فيها ونوع الأسئلة وطريقة إلقائها .

وتعدد القائمين بالمقابلة وتدريب من يتعرض لاستخدام المقابلة كأسلوب للحكم على الشخصية حتى يتمكن من تقدير المفحوص تقديرا كميا كل هذه إنما تظل من العوامل الذاتية في الحكم .

وفيما يلي عرضا لأنواع المقابلات النفسية التي يجب أن يستخدمها الأخصائي النفسي فى عمله الإكلينيكي :

- أنواع المقابلات النفسية الإكلينيكية :

١- المقابلة البؤرية Focused Interview :

وتهدف المقابلة البؤرية إلى تركيز اهتمام المريض العميل على ما يسمى بالخبرة "معينة" Specific Experience وعلى آثار هذه الخبرة مثل "فاجعة عائلية ، أو حادث

تصادم أو رؤية فيلم" ، والأخصائي النفسي الإكلينيكي يعرف مقدما هذه الخبرة ويعد الأسئلة المرتبطة بكافة جوانبها وأبعادها ، ومصدر المقابلة ومحورها هو الأخصائي النفسي الإكلينيكي لأنه يعرف نوعية البيانات التي يود الحصول عليها .

ولا سيما "الخبرة الذاتية للأشخاص" الذين تعرضوا للموقف ، وتستخدم المقابلة البؤرية بصفة عامة الأسلوب غير الموجه في تشجيع المريض على تحديد الموقف الذي تعرض له ، وذلك عن طريق الإشارة إلى أهم الجوانب في هذا الموقف ثم التدرج في استطلاع استجاباته إذا كان فردا واحدا .

٢ـ مقابلة المشكلة الواحدة (أو المتعمقة) Problem or Depth Interview :

يميل بعض الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين في هذه الآونة إلى أن المقابلة يجب أن تتجه نحو "مشكلة واحدة " بذاتها وبشكل متعمق دون التطرق إلى الأطراف الأفقية منها ، وهذا الاتجاه العمودي يجعل الأخصائي محددا في شيء معين بدلا من انشغاله بأشياء كثيرة في وقت واحد .

٣ـ المقابلة المتمركزة حول العميل Client Centered Interview :

يعتبر العالم (كارل روجرز ١٩٥١ C . Rogers) أول من ابتكر هذا النوع من المقابلة واستخدمه للتشخيص والعلاج بنفس الوقت بأسلوب "إرشادي" ، وكارل روجرز لا يفصل بين العلاج والتشخيص وهو يعتبرهما متلاحمين ومتصلين .

ويشجع الأخصائي النفسي الإكلينيكي "العميل" للتعبير عن مشاعره بدون شرط أو قيد ،وبأقل قدر ممكن من التوجيه أو المساءلة ، كما يعمل على خلق جو من التقبل والسماحة والتنبه للمشاعر التي تتضح في أقوال العميل ، بصورة تشجعه على التعبير الطليق عن مشاعره دون خوف .

٤ـ المقابلة غير المقننة (الحرة) Free Interview :

وتتسم المقابلة الحرة (غير مقننة) بأنها تحدد فيها الأسئلة وطبيعة الاستجابة مسبقا ، بل يعطى للمريض قدرا واسعا من حرية الكلام والتعبير عن نفسه ، ومشاعره ورغباته ومخاوفه وميوله واتجاهاته .

ومن الممكن أن يقوم الأخصائي النفسي الإكلينيكي بإعادة صياغة الأسئلة والعمل على تعديلها باستمرار بحيث تناسب المريض ، ويجب على الأخصائي النفسي الإكلينيكي تشجيع المريض على التعبير عن نفسه وأفكاره بحرية مطلقة .

وتتميز هذه المقابلة بأنها تسمح بالحصول على المعلومات والبيانات بأقل قدر من التوجيه الإكلينيكي ، وتتميز بالمرونة المطلقة إذا أن القيود على الأخصائي النفسي الإكلينيكي أو المريض قليلة .

وهى تسمح بالدراسة المتعمقة لكشف دوافع واتجاهات ورغبات المريض ، وتكمن عيوب هذا النوع من المقابلات في أنها لا تتيح لنا المقارنة للمعلومات الآتية من مقابلات مقننة على المريض وبذلك فهي لا تتيح للأخصائي النفسي الإكلينيكي بالخروج بقانون عام أو تشخيص عام عن حالة المريض ، ولا تمد الأخصائي النفسي الإكلينيكي ببيانات كمية عن الحالة .

٥ـ المقابلة المقننة Standardization Interview :

وتوجه للمقابلة كثيرا من النقد بالنسبة للاستفتاءات أنها غير موضوعية لعدم وجود معايير تضبط طريقة القيام بها وتحليل المواد التي حصل عليها الباحث ، ولذلك يحاول علماء النفس تقنين المقابلة لتفادى عدم موضوعيتها .

والمقابلة المقننة هي التي تكون محددة تحديدا دقيقا ،من حيث عدد الأسئلة وترتيبها ،وما إذا كانت ذات نهايات مفتوحة أم مقفولة وعلى القائم بالمقابلة الالتزام بتوحيد توجيه الأسئلة إلى جميع المبحوثين بطريقة سلسة وبنفس الترتيب وبنفس الأسلوب ،أما في المقابلات المفتوحة فلا يوجه الفاحص للمفحوص أي سؤال إلا الأسئلة الخاصة بالتعمق والمعدة سلفا .

ويشير محمود السيد أبو النيل إلى المقابلة المقننة بقوله" فيما يلي نموذج للمقابلة (من النوع الثاني المقننة) والتي تتكون من أربعة عشرة بعدا هي:

١ـ فكرة الشخص عن نفسه .
٢ـ الاهتمامات .
٣ـ النظرة للمستقبل .
٤ـ الدافع للعمل .
٥ـ درجة الاستبصار .
٦ـ الخبرات المؤلمة .

٧ـ الحالة المزاجية . ٨ـ القلق .
٩ـ المخاوف . ١٠ـ مصادر الصراع .
١١ـ المعتقدات الدينية . ١٢ـ مشاعر الذنب والكف .
١٣ـ الأحلام . ١٤ـ عادات النوم[١] .

ـ فنيات التفاعل . خل المقابلة الإكلينيكية :

١ـ فنية التفسير . ٢ـ فنية الإيحاء .
٣ـ فنية التغذية الرجعية . ٤ـ الخلاصة .

فقد فطرت الطبيعة البشرية على كونها تميل إلى التفاعل مع غيرها حيث تستمد وجودها، وتحفظ استمرارها، وتدعم اتزانها من خلال عمليات التفاعل المستمرة مع الآخرين .

ولا يعقل أن يعيش فرد ما في عزلة تامة منفردا بنفسه في برج عاجي بعيدا عن البشر دون أن يتصل بهم عن قرب ولا عن بعد، ودون أن يتفاعل معهم على أي مستوى . وقد حث الدين الإسلامي الحنيف على تفاعل الفرد المسلم مع الآخرين وألا يبتعد عنهم إلا إذا كان منهم أهل سوء ومفسدة . وخلق الله تعالى الناس على فطرة التفاعل الخير بينهم بما يفيدهم ويقوى الروابط الخلقية السليمة التي تدعم تواصلهم الجيد مع بعضهم . وقال الله تعالى في سورة الحجرات وهو أصدق القائلين، الآية (١٣) ﴿يَٰٓأَيُّهَا ٱلنَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَٰكُم مِّن ذَكَرٍ وَأُنثَىٰ وَجَعَلْنَٰكُمْ شُعُوبًا وَقَبَآئِلَ لِتَعَارَفُوٓا۟ ۚ إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِندَ ٱللَّهِ أَتْقَىٰكُمْ ۚ إِنَّ ٱللَّهَ عَلِيمٌ خَبِيرٌ﴾ صدق الله العظيم . وكان كرما من الله ومنة على الناس كافة وعلى المؤمنين خاصة إذ حدد سمات التفاعل الجيد، التفاعل المثمر البناء بما يرضى الله ورسوله صلى الله عليه وسلم ويرضى المؤمنين، حيث وصفها عز وجل في نفس السورة الشريفة (الحجرات) في الآيات البينات (١٠، ١١، ١٢) ممهدا بها التأكيد السماوي على ضرورة وأهمية التفاعل الايجابي بين البشر : ﴿إِنَّمَا ٱلْمُؤْمِنُونَ إِخْوَةٌ فَأَصْلِحُوا۟ بَيْنَ أَخَوَيْكُمْ ۚ وَٱتَّقُوا۟ ٱللَّهَ لَعَلَّكُمْ تُرْحَمُونَ ﴿١٠﴾ يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُوا۟ لَا يَسْخَرْ قَوْمٌ مِّن قَوْمٍ عَسَىٰٓ أَن يَكُونُوا۟ خَيْرًا مِّنْهُمْ وَلَا نِسَآءٌ مِّن نِّسَآءٍ عَسَىٰٓ أَن يَكُنَّ خَيْرًا مِّنْهُنَّ ۖ وَلَا تَلْمِزُوٓا۟ أَنفُسَكُمْ وَلَا تَنَابَزُوا۟ بِٱلْأَلْقَٰبِ ۖ بِئْسَ ٱلِٱسْمُ ٱلْفُسُوقُ بَعْدَ

ٱلْإِيمَٰنِۚ وَمَن لَّمْ يَتُبْ فَأُوْلَٰٓئِكَ هُمُ ٱلظَّٰلِمُونَ ﴿١١﴾ يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ ٱجْتَنِبُواْ كَثِيرًا مِّنَ ٱلظَّنِّ إِنَّ بَعْضَ ٱلظَّنِّ إِثْمٌۖ وَلَا تَجَسَّسُواْ وَلَا يَغْتَب بَّعْضُكُم بَعْضًاۚ أَيُحِبُّ أَحَدُكُمْ أَن يَأْكُلَ لَحْمَ أَخِيهِ مَيْتًا فَكَرِهْتُمُوهُۚ وَٱتَّقُواْ ٱللَّهَۚ إِنَّ ٱللَّهَ تَوَّابٌ رَّحِيمٌ ﴾ صدق الله العظيم . وحث رسول الله ﷺ على إلا يتباغض الناس وإلا ينقطعوا عن بعضهم ، وأن يكون تفاعلهم مع بعضهم من اجل الخير وفى إطار من المصالحة والمحبة . قال رسول الله ﷺ : "لا تباغضوا ، ولا تحاسدوا ، ولا تدابروا ، ولا تقاطعوا، وكونوا عباد الله إخوانا ، ولا يحل لمسلم أن يهجر أخاه فوق ثلاث" متفق عليه . وعن أبي هريرة رضي الله عنه أن رسول الله ﷺ قال : "تفتح أبواب الجنة يوم الاثنين ويوم الخميس فيغفر لكل عبد لا يشرك بالله شيئا ، إلا رجلا كانت بينه وبين أخيه شحناء، فيقال : انظروا هذين حتى يصطلحا ! " رواه مسلم . وسرد الإمام أبو زكريا يحي بن شرف النووي سمات التفاعل الجيد بين الناس على أنه يتميز باجتماعهم من اجل الخير، ومن أجل زيارة المريض ، ومن أجل حضور جنائز بعضهم البعض ، ومن أجل مواساة المحتاجين منهم ، ومن أجل إرشاد مجاهلهم ، وغير ذلك من أجل مصالحهم بما فيها من أمر بمعروف ونهى عن المنكر .

وعلى الرغم أن مشاعر الفرد تكمن في أعماق نفسه إلا أنها تنعكس على انفعالاته الموجهة نحو الآخرين، فإن كانت مشاعره إيجابية فإنه يقبل عليهم متفاعلا معهم بما يرضيهم وبما ترتاح له نفسه وتستقر . وإن كانت مشاعره سلبية فإنه يعرض عنهم غير متفاعل معهم بما ينفرهم منه، وبما تضطرب له نفسه فتهتز .

وقد تنعكس مشاعره السلبية على شكل تفاعل عدواني موجه نحوهم مما يعقد التواصل بينهم ، فيتسبب في رد فعل مماثل مضادا لاتجاهه في تفاعلهم معه . وتلعب البيئة دورا كبيرا في تكوين هذه المشاعر، إيجابية كانت أم سلبية حيث ترتد خبرات الفرد السارة أو الضارة على تفاعله مع الناس . ومن ثم ، فإن عمل المرشد النفسي الأساس في المقابلات التشخيصية والعلاجية يركز على هذه الفطرة التي تعتبر خيرة بطبيعتها في شخصية المسترشد بما تنصف به من تفاعل إيجابي يمارسه مع الناس ويبديه نحوهم بصورة عامة ومع المرشد النفسي بصفه خاصة فيستثمرها بأن يحررها من كمونها في أعماقه، وينقيها من سلبياتها وشوائبها التي وصمت تفاعلاته ، وذلك بما يفيد في تنمية شخصيته

وتطويرها، وبما يفيد في بلورة اتجاهاته وتصحيحها، وبما يفيد في تعديل سلوكياته وتدعيمها، حتى تسترد هذه الفطرة الخيرة في النهاية سماتها الطبيعية، وتعود إلى تفاعلها الإيجابي مع الناس .

١ـ وبناء عليه ، فإن المرشد النفسي يستخدم فنيات التفاعل لما تتميز به من صفات تجعلها فنيات وسيطة تعمل على تسهيل وتيسير مهمته في تحرير الطبيعة الخيرة للتفاعل من معقلها وتنقيتها وبلورتها وإطلاقها مما يعدم التواصل الجيد بينه وبين المسترشد بصفة خاصة، وبين المسترشد وبين الناس بصورة عامة . لذلك ، فإننا ننصح بعدم استخدام هذه الفنيات في المقابلة الابتدائية ولا في المقابلة الأولية التي تليها مباشرة ولا سيما إذا كان المرشد النفسي غير متمرس في عمله، ويفتقر إلى الخبرة الجيدة في إدارة المقابلات الإرشادية إذا كانت هناك علاقة إنسانية مسبقة بين المرشد والمسترشد مما يجعل تعاملهما مع بعضهما على مستوى من الاستقرار المتبادل حيث يمكن لأي منهما أن ينفتح على نفسه فيدلى بما لديه من معلومات وهو مقتنع بتقبلها من الآخر لتوفر الثقة الكبيرة والفهم العميق بينهما .ويتأثر التفاعل بين المسترشد والمرشد بعدد من العوامل الهامة التي يجب أن تؤخذ في الحسبان خلال تعاملهما في المقابلة الإرشادية هي :

ـ واجبات المقابل :

ذكر الحسن (١٩٩٤) أن هناك مهاماً وواجبات يجب أن يقوم بها المقابل وهي:

١- التفتيش عن المبحوثين : حيث ينبغي على الباحث التفتيش عن المبحوثين الذين يشكلون وحدات عينية للمقابلة أو العشوائية ، والتفتيش عن وحدات العينة العشوائية أصعب بكثير من التفتيش عن وحدات العينة المقننة ، حيث يجب على الباحث التقيد بأسماء العينة العشوائية والذهاب إلى عنوانهم مهما كانت متباعدة .

٢- تحقيق المقابلة مع المبحوثين : حيث يشجع الباحث المبحوثين على إجراء المقابلة والإجابة على الأسئلة التي وجهها ، ويجب عليه أن يوفر جو المقابلة الإيجابي ، ويجب أن تكون الأسئلة أستبيان قليلة وواضحة ومركزة .

٣- طرح أسئلة الاستبيان : ثم يبدأ بعد ذلك بطرح الأسئلة على المبحوث .

٤- تسجيل الإجابات: يقوم الباحث بتدوين الإجابات التي يتسلمها من المبحوث بنفسه ولا شك أن تدوين الإجابة عن الأسئلة المفتوحة أصعب من تدوين إجابات الأسئلة المغلقة .

إن نوعية المقابلة تعتمد بدرجة كبيرة على تصميم البحث ، فإذا كان التصميم جيداً ، فإن عملية جمع المعلومات تصبح أكثر سهولة وفائدة في تحقيق أهداف البحث لذا فإن على الباحث أخذ الترتيبات اللازمة لجعل المقابلة ناجحة . وقد تساءل فان دالين (١٩٧٩) حول هذا الموضوع فقال : "هل استخدم المقابل استمارة أو بطاقة مقننة أو نظاماً يمكنه من تسجيل الملاحظات بسرعة ودقة . هل سجل بوضوح نفس الكلمات المستقى وقت صدورها أو بعد المقابلة مباشرة أو هل فكر في استخدام جهاز للتسجيل مما يجعله متفرغاً أثناء المقابلة للتحقق من الاستجابات" .

- صفات المقابل :

إضافة إلى ما سبق الحديث عنه من ضرورة توفر صفات وشروط للحصول على مقابلة ناجحة ، لا بد أيضاً أن يتصف المقابل بصفات شخصية واجتماعية وفنية تجعل مقابلته فاعلة وحيوية وتشعر المستجيب بالمودة والاطمئنان .

ويمكن أن نجمل هذه الصفات فيما يلي :

١- الصدق والأمانة في طرح الأسئلة وتسجيل المعلومات والحقائق : فالصدق والأمانة تعتبر من أهم صفات المقابل ، فلا يغير فحوى الأسئلة ولا يضلل المبحوث ولا يدخل أهواءه ونزعاته وميوله واتجاهاته في المعلومات والحقائق .

٢- اهتمام المقابل في البحث: فيجب على الباحث أن يهتم بالبحث ويظهر اهتمامه وتشوقه للموضوع كما يجب أن يحترم المبحوثين ، وأن يكون صبوراً في معرفة الحقائق .

٣- الدقة في طرح الأسئلة وتسجيل المعلومات .

٤- التكيف لجميع المناسبات والأشخاص والظروف المحيطة بالمبحوثين .

٥- أن يتمتع بشخصية ومزاج جيدة .

٦- الذكاء والثقافة .

- **أسئلة المقابلة :**

يجب أن تتوفر في أسئلة المقابلة شروطاً معينة ، من شأنها تسهيل إجراء المقابلة وخلق جو إيجابي بين المقابل والمستجيب ، ومن هذه الشروط:

١- يجب أن تكون الأسئلة واضحة وغير غامضة ومكتوبة بلغة تؤدي إلى اتصال فعال بين المستجوب والمستجيب .

٢- إذا كانت بعض الأسئلة تحتاج إلى معرفة مسبقة فيجب التأكد من معرفة المستجيب لها أو تفسيرها له .

٣- يجب أن تكون أسئلة البحث متعلقة بمشكلة البحث وأهدافه وبشكل يتيح الحصول على أكبر كمية من المعلومات .

٤- الأسئلة التي قد يتردد المستجيب في الإجابة عنها وخاصة المتعلقة بالنواحي الشخصية ، يفضل سؤاله عنها في نهاية المقابلة .

٥- عدم وضع أسئلة تؤدي إلى إجابات معروفة مثل الأسئلة الخاصة بالتمييز العنصري .

٦- توجيه الأسئلة والحصول على الإجابات المطلوبة ومحاولة تقنينها .

٧- التدرج في طرح الأسئلة بشكل يزيد من الألفة والودية بين الباحث والمبحوث .

٨- الإكثار من عبارات الثناء والشكر ، وتشجيع المستجيب على إتمام إجابته .

٩- عدم توجيه أكثر من سؤال واحد في نفس الوقت لإتاحة الفرصة للمستجيب للتفكير .

- **المقابلة المدعمة بالملاحظة وبالاختبارات :**

وتختلف إجراءات المقابلة باختلاف هدفها ، ففي مقابلة الاستقبال يكون الاهتمام موجهاً نحو استيضاح شكوى العميل أو مشكلته والخطوات التي اتخذها سابقاً ، وتوقعاته الحاضرة وتعريفه بالإمكانيات المتاحة ، وقد يجري هذه المقابلة الأخصائي النفسي الإكلينيكي أو الأخصائية الاجتماعية السيكاترية ، ونظراً لأن الهدف المباشر للمقابلة ليس هو التشخيص أو العلاج ، فإن القائم بالمقابلة يغلب بل ويتعين عليه تجنب محاولة استطلاع الأبعاد الدينامية في الشخصية .

وفي مقابلة الاختبار التشخيصي والتي يتعين أن يقوم بها الأخصائي النفسي المدرب فإن خصائصها تختلف طبقاً لما إذا كان من المقرر أن يتولى الأخصائي مسئوليات

علاجية ، بالإضافة إلى مسئولياته التشخيصية ، وفي هذه الحالة فإنه من الطبيعي أن تغطي المقابلة أبعاداً أكثر عمقاً وأكثر شمولاً ، بعكس المقابلة التشخيصية الخالصة التي يستحسن أن يلتزم فيها الأخصائي بالحدود التي تفرضها الاختبارات المقننة أو البناء المحدد للمقابلة ، إلا أن ذلك لا يعني أن يتجاهل الأخصائي المؤشرات ذات الدلالة مثل التناقض الملحوظ بين نتائج الأدوات التشخيصية المختلفة ، ومن واجبه في هذه الحالة أن يحاول في المقابلة استيضاح هذا التناقض ، وفي كل الحالات يتعين عليه أن يحدد لمصدر الإحالة الموضوعات التي تحتاج إلى استيضاح حتى يمكن للأخصائي المعالج مثلاً استطلاعها في المقابلات العلاجية .

وقد تستخدم المقابلة في الفرز الأول لتحديد الصلاحية السيكاترية للتجنيد في القوات المسلحة أو للدراسة أو للعمل في مجال معين ، وفي هذه الحالات يفضل استخدام المقابلات المقننة التي تحدد مسبقاً موضوعاتها ، وتسلسل وأسلوب عرض هذه الموضوعات ، وبذلك يمكن المقارنة بين تقديرات الفاحصين المختلفين أو تقديرات الفاحص الواحد لأكثر من شخص .

وتقرب المقابلة المقننة إلى حد كبير من الاختبار السيكولوجي ومن المقابلات التي يلاحظ فيها المفحوص في ظروف غير عادية تستثير الانفعال "مقابلة الشدة" ، إلا أن مثل هذه المقابلات يغلب أن تكون قليلة الفائدة في معظم المواقف الإكلينيكية التي يكون تعاون المريض فيها أمراً بالغ الأهمية ، وذلك على الرغم من المزايا التي تنسب إلى المقابلة المقننة وهي أنها لا تتطلب في الغالب إكلينيكياً ذا خبرة سيكولوجية متعمقة ، وأن بياناتها يسهل إخضاعها للتحليل الكمي وأنها تضمن استيفاء الإجابة عن كل الأسئلة المطلوبة ، وأنها توفر الوقت وتيسر المقارنة بين شخص وآخر .

وتمتاز المقابلة غير المقننة (الحرة) بأنها تسمح بالحصول على البيانات المطلوبة بأقل توجيه ممكن ، وبأكبر قدر من التلقائية ، ولذلك فهي تستثير قدراً أقل من مقاومة العميل ، وبتيسير الكشف عن خصائصه الفريدة والفهم الأكمل والعمق لديناميات شخصيته ، إلا أنها لكي تحقق هذه الأغراض تتطلب للقيام بها إكلينيكيا ذا خبرة متعمقة .

وفي واقع الممارسات الإكلينيكية نجد أن شكل المقابلة يندر أن ينتمي خالصا إلى

أي من الطرفين ، بل هو يختلف في الدرجة حسب الغرض من المقابلة ، وتدريب الفاحص وشخصيته ، بالإضافة إلى شخصية المريض ومشكلته والمرحلة التي يصل إليها التشخيص أو العلاج وهو أمر متوقع في ضوء مقارنتنا السابقة للنوعين من المقابلة ، ومن الشائع في كثير من الحالات الابتداء بمقابلة حرة يشجع فيها العميل على التعبير التلقائي عن مشكلته ، ويتدخل الإكلينيكي في الوقت الملائم بقدر أكبر من التوجيه على أمل أنه حين تتوطد الثقة بينه وبين العميل تأخذ المقابلة صورة أكثر تلقائية .

والخلاصة يتضح مما سبق أن المقابلة الإكلينيكية تختلف عن المحادثة العادية في أنها طريقة مهنية لها هدف ولها بنيان يتفاوت في درجة تحديده من موقف لآخر ، ويتحقق الهدف عن طريق استخدام عمليات وأساليب تحرك المقابلة نحو غايتها ، وديناميات المقابلة متضمنة في التفاعل بين الإكلينيكي والعميل .

- المقابلة مع المرضى "PATIENT INTERVIEW":

عادة تكون المقابلة مع المريض أو المفحوص نفسه ، وفي بعض الأحيان يتم الاستعانة بأحد أو بعض أفراد أسرته . وفي جميع الأحوال فإن المقابلة يجب أن تكون واضحة الأهداف ومحددة الأبعاد ، وتعتمد بدرجة كبيرة على فنيات مهنية ، أي أنها ليست استجوابية بل استقصائية .

ويمكن تلخيص الأبعاد التي يتم التركيز عليها أثناء المقابلة مع المرضى في النقاط التالية :

١ـ المظهر والسلوك"**Appearance and behavior**": مثل الهندام ونظافة الملابس ، اللغة التعبيرية للوجه - غير معبر أو جامد ، متناقض التعابير- . الحركات اللاإرادية للأصابع واليدين ، وضعية الجلوس- متحفز ، مسترخي- ، طريقة الكلام-عدم الطلاقة "dysfluency" ، عسر التلفظ "dysarthria"- ، فهم المحادثة ، الابتسامة - تلقائية ، مصطنعة - المهارة الاجتماعية "اللباقة" ، المؤشرات السلوكية للقلق أو الاكتئاب ، الحركة أثناء المقابلة وجلسة القياس - كثير الحركة ، متجمد في المعقد الخ .... - (حسب ملاحظة الفاحص) ، ويمكن استخدام قائمة الاتجاهات والسلوك المرفقة .

٢- الاهتداء "**Orientation**": تعيين أو معرفة الزمان والمكان ، وكذلك الوعي بالأحداث الاجتماعية الراهنة .

٣- تاريخ المشكلة "**History problem**": (بإيجاز) بدايتها ، وحدتها ، تأثيرها على حياة المفحوص العملية والأسرية والاجتماعية ، أساليب علاجها ، فعالية علاجها ، مضاعفاتها محاولة انتحار (حسب سرد المفحوص) .

٤- المشكلات المعرفية "**cognitive problems** ": مثل نسيان محتوى المحادثات أو نسيان المواعيد (ذاكرة) ، أو نسيان أين وضع المفاتيح أو الكتاب ، (ذاكرة) عدم القدرة على التركيز على مسلسل تلفزيون أو فيلم (انتباه) .

استخدام المذكرات بشكل مستمر للتذكير بالمواعيد ، والمناسبات الاجتماعية ، الاعتماد على الأسرة والأصدقاء في التذكير والانتباه ، مشاكل الاستيعاب والتعبير اللفظي عن النفس .

٥- الحالة المزاجية الراهنة "**Recent mood state**": الاكتئاب مستمر أو متقطع ، الروح المعنوية "spirit" ، الأفكار الانتحارية والنية "serious intent" . القلق أو التوتر هل هو حالة أو سمة ، طرق التغلب عليه أو التكيف أو التعامل معه . نوبات الهلع أو الفزع "panic attacks" . المخاوف . النوم ، وقت الاستيقاظ . الشهية شراهة .

ولقد أخذ علم النفس الإكلينيكي الطب النفسي والعقلي وعمم استخدام هذا المصطلح على الرغم من اعتراض البعض على استخدام كلمة "الحالة" في الإشارة إلى كائن إنساني يعاني من اضطراب بدني أو انفعالي .

ودراسة الحالة وسيلة هامة لجمع وتلخيص أكبر عدد ممكن من المعلومات عن الحالة موضوع الدراسة والحالة قد تكون فردا أو أسرة أو جماعة .

يدرس فيها الباحث الحالات بهدف علاجها مستخدما في ذلك مجموعة من الأجهزة والآلات الخاصة للكشف على تلك الحالات التي تواجهه ، بالإضافة إلى ما يستخدمه من طرق خاصة كتطبيق بعض الأسئلة أو إجراء الاستفتاءات من أجل جمع المعلومات اللازمة لمساعدة هؤلاء الأفراد على التخلص من المشاكل النفسية التي يعانون منها وفي هذه الطريقة يتم فهم شامل لتاريخ حالة الفرد أي تحديد التطور الذي مر به الفرد في محيطه الثقافي مع توضيح جميع المؤثرات التي أثرت في تكوين اتجاهاته وفلسفته

والخبرات التي اكتسبها والأزمات والمشاكل التي أثرت في تكوين شخصيته واتجاهاته وفلسفته ويحصل الباحث على المعلومات من الفرد ذاته أو من محيطه .

- دور الأخصائي الإكلينيكي بين متطلباته المهنية والأخلاقية :

نظرا لأن هناك العديد من الأخصائيين يوجهون أسئلة عن توضيح أدوارهم في المقابلة الشخصية ونتيجة الخبرة القليلة لديهم أحاول في هده الدورة أن ألقي الضوء على بعض أساسيات دور الأخصائي الإكلينيكي في المقابلة التشخيصية أن الدور الذي يفترض أن يقوم به الأخصائي النفسي الإكلينيكي يتبلور في مدى قدرته على تجنب الأخطاء التي باتت في العمل التشخيصي ، حتى أطلق عليها بالأخطاء التي باتت تتكرر في العمل التشخيصي ، حتى أطلق عليها بالأخطاء الشائعة ، مما تؤثر على دقة القرار التشخيصي .

وفيما يلي عرضاً تفصيلياً لهذه الأخطاء ومعالجتها :

١- خطأ الإسراف في الحديث وكثرة الكلام : فالأخصائي هو من يقل كلامه ، ويختصر أسئلته ، ولا يكثر من مقاطعة حديث مريضه .

٢- خطأ محاولة العلاج أو تحديد المساعدة : إن هذه المقابلة ليست مخصصة للعلاج النفسي ، بل لغرض الفهم المتعمق للمريض ، ولهذا يحسن بالأخصائي الجيد أن يكثر من الإصغاء ، والاهتمام بالمعلومات التي يحصل عليها ، وليس بالاندفاع نحو تقديم النصائح العلاجية ويحذر (جونسون) الأخصائي النفسي فيقول أن المقابلة هذه بحق هي من أسوا الأوقات التي يمكن أن تقدم خلالها النصح والعلاج مها كانت ثقتك باستنتاجاتك عن أسباب ومصادر الاضطراب في حياة المريض ، وعادة توقع الكثير في وقت قصير يؤدي حتما إلى نتائج وخيمة ، وضارة بتكامل المريض وصحته .

٣- خطأ إعطاء أكثر من سؤال في وقت واحد : إن بعض الأخصائيين وخاصة المبتدئين منهم بسبب ما يتملكهم القلق يجنون إلى سؤال المريض عن بعض الظروف المحيطة به ، كالأسرة مثلاً ، مجموعة من الأسئلة في آن واحد وكأنه يحاول توضيح سؤاله بالإضافة إلى ذلك أنه يربك المريض بإعطائه عدداً كثيرا من الأسئلة تدور في ظرف واحد .

٤ـ خطأ توجيه أسئلة مغلقة : إن الأخصائي الإكلينيكي الناجح بالتشخيص والعلاج النفسي يدرك تماماً بأن الأسئلة المفتوحة هي التي تثير النقاش ، وتساعد على تبادل الحوار ، وضمان التواصل ، أفضل من الأسئلة المغلقة التي يجاب عليها بنعم أو لا .

ـ المقابلات التشخيصية والعلاجية
DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC INTERVLEWS :

إن الهدف الأساسي من المقابلة التشخيصية هو التأكد من حالة المسترشد التي تم التعرف عليها بصفة مبدئية في المقابلة الابتدائية حتى يكون التشخيص للحالة سليما وصحيحا ويتم ذلك من خلال التوصل إلى معرفة طبيعة الأزمات النفسية التي يعاني منها نتيجة لصعوبات التكيف التي تواجهه في البيئة التي يعيش فيها ، وبناء على تحديد الدوافع والعوامل والأسباب التي شكلت تلك الصعوبات ، وبالتالي أدت إلى حدث تلك الأزمات أما الهدف الأساسي من المقابلة العلاجية هو تنفيذ الاستراتيجيات الإرشادية المعالجة التي رسمها المرشد النفسي بناء على تشخيصه لحالة مسترشدة سواء أكانت مبنية على أسس وقائية أم إنمائية أم علاجية حتى تحقق الفعالية المنشودة في التغلب على أزمات المسترشد النفسية .

ـ مفهوم المقابلات التشخيصية والعلاجية :
CONCEPT OF DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC INTERVLEW

تتميز المقابلات التشخيصية والمقابلات العلاجية بكونها تركز بدرجة كبيرة على تدعيم المضمون البنائي في كل مقابلة من مقابلاتها من أجل تحقيق الأهداف التي تم وضعها وتحديدها في المقابلة الابتدائية ولن يتم هذا التدعيم إلا بناءا على المشاركة الفعالة من المسترشد نفسه ،حيث يجب عليه أن يتخذ الدور الإيجابي في عرض ذاته وتقديم نفسه بالصورة التي يحس ويشعر بها في اللحظة التي يكون فيها المرشد النفسي في كل مقابلة من المقابلات التشخيصية والعلاجية . عندما يمارس المسترشد الانفتاح على النفس ، والانطلاق في الحديث عن كل ما يحسه ويشعر به فيما يتعلق بخبراته في أوضاع حياته المختلفة مشتملة على علاقاته الإنسانية والاجتماعية بشقيها الإيجابي والسلبي وإنجازاته الدراسية والمهنية بشقيها الصحيح والخاطئ ، وحاجاته وتوقعات إشباعها

بشقيها المشجع والمحبط ، فإنها بذلك يكون قد عبر عن مشكلاته ومشاعره نحوها في إطار طموحاته ومخاوفه ضمن نظام القيم التي يؤمن به في المجتمع الذي يعيش فيه . وبناءا عليه يمكن للمرشد النفسي أن يضع التشخيص السليم لحالة المسترشد ، وبالتالي يضع الاستراتيجية الإرشادية التي تحقق له المعالجة المؤثرة والفعالة حتى يصل في النهاية إلى ما يصبو إليه من تنمية لشخصيته وتعديل لسلوكه .

إن المقابلة التشخيصية تركز بصورة أساسية على دراسة الأعراض التي تظهر على المريض حتى يمكن وصفها بدقة . وقد أوضح أن المقابلة التشخيصية يجب أن تغطي عدة مجالات هي :

١- العمليات العقلية وطرق التفكير .
٢- الخلل الحسي والإدراكي .
٣- الوعي بالزمان والمكان والأحداث والأسماء .
٤- التعبيرات الانفعالية .
٥- الاستبصار الداخلي ومفهوم الذات .
٦- السلوك العام والمظهر الشخصي ويرى كورشين أن المقابلة العلاجية تعتبر وسيلة مؤثرة وفعالة لتنمية التفاعل بين المعالج النفسي والمريض من أجل مساعدته على التخلص من محنته وتسهيل حل مشكلاته .

ويعرف مليكة، ١٩٨٠ المقابلة الإكلينيكية بصورة عامة على أنها تتضمن عمليتي التشخيص والعلاج ، مؤكدا على صعوبة الفصل بين التشخيص والتنبؤ والعلاج في المقابلات الإكلينيكية .

وأشار مليكة في موضع سابق عن تعريف المقابلة الإكلينيكية إلى أن عملية التشخيص في الطب النفسي وعلم النفس تتطلب عمليات خاصة بتقويم السمات المختلفة لشخصية المريض مما يساعد على فهم مشكلاته بناء على تجميع تلك المعلومات المتاحة واللازمة عنه وتحليلها ودراستها . وأشار إلى أن عملية التنبؤ عبارة عن رسم ومباشرة خطة العلاج النفسي ومتابعتها وتقويمها .

وبناء عليه ، يمكن القول بأن المقابلات التشخيصية والعلاجية تتفق في الجوهر والمضمون ، بينما تختلف في الهدف والشكل . إن المقابلات التشخيصية والعلاجية تتفق

مراحل المقابلة الابتدائية :

أ- مراحل الافتتاح: وتتم باستقبال المرشد النفسي للمسترشد في إطار من الود والترحيب ، ثم التعرف على المشكلة أو صعوبات التكيف والتوافق التي يعانى منها المسترشد ، والاتفاق على سعي كل منهما متعاونين معا لإزالتها من حياة المسترشد ، الأمر الذي يحقق تعديل - استجاباته بحيث تصبح سليمة وسوية .

ب- مرحلة البناء: تخص هذه المرحلة بجمع المعلومات ومناقشة الشكوى العامة للمسترشد وما يصاحبها من أعراض ظاهرة على سلوكه العام ، مما يدل على طبيعة الأزمات النفسية الحالية التي يعانى منها .

ج ـ مرحلة الإقفال: تبدأ مرحلة الإقفال بتخليص وتقوم كل ما دار في المقابلة الابتدائية ، مما يمكن المسترشد من استكمال الصورة حول العملية الإرشادية ، وما يمكن جنيه منها ، والاطمئنان لها والشخصية المرشد .

ـ الخطوط العريضة لبناء المقابلة الإرشادية :

أولا : اكتشاف النفس : تبدأ مرحلة البناء لأية مقابلة إرشادية ، تشخيصية كانت أو علاجية ، بمساعدة المسترشد على أن يرتاد نفسه ويكتشفها ، وذلك بتشجيعه على مناقشة أموره كلها بلا خوف ولا تردد ، بلا خجل ولا مداراة حتى ينفتح على نفسه فيحس بمشاعره الدفينة وأفكاره المكبوتة المتعلقة بذاته . ومن ثم يمكن للمسترشد أن يعي ويدرك الارتباطات القوية بين مفهومه لذاته وبين الاتجاهات المختلفة والمؤثرة عليها ، وبالتالي ما يمكن أن تعكسه من آثار تشكل سلوكه بوجه عام . لذلك يطلق البعض على هذه المرحلة مسمى مرحلة الاكتشاف أو مرحلة الارتياد أن المسترشد غالبا في بداية هذه المرحلة يرى صعوبات تكيفه وأزماته بصورة منفصلة عن ذاته ، وخارجة عن كيانه ، وأنه لا دخل له فيها إلا بقدر ضئيل من المسئولية بتقبلها على مضض وبشيء من الإنكار .

وبناء عليه ، تقع على المرشد النفسي مسئولية كبيرة في مساعدة المسترشد على أن يرى نفسه بوضوح ، وأن ينفتح عليها بإيجابية ، وأن يكتشف المكبوت فيها بأمانة وموضوعية المسترشد وتدعيمه حتى يتغلب على مظاهر القلق الذي قد ينتابه في بداية هذه المرحلة . لذلك يضع المرشد النفسي الجيد ، والكفء في عمله استراتيجياته

الإرشادية ، وينفذها وفق نقاط محددة يستنير بها ويسير على هداها ، نذكرها على النحو التالي :

١- مساعدة المسترشد على التحدث بطلاقة وحرية حول صعوباته وأزماته .
٢- مساعدة المسترشد على ممارسة التداعي الحر لكلماته والتنفيس الانفعالي لمشاعره .
٣- مساعدة المسترشد على طلب المزيد من الفهم حول حالته حتى يعي أبعادها .
٤- مساعدة المسترشد على التعبير عن أفكاره ومشاعره كما يحس بها هو .
٥- مساعدة المسترشد على اختبار أفكاره ومشاعره بطريق محددة وبنائية .
٦- مساعدة المسترشد على أن يرى الأمور كما يراها الآخرون لا كما يراها هو .
٧- مساعدة المسترشد على أن ينفتح على نفسه ويكتشف أبعادها .

وحتى يتم تنفيذ هذه النقاط المذكورة ، على المرشد النفسي أن ينمي اتصاله بالمسترشد جيدا ، وإقناعه بإمكانية التغيير إلى الأفضل واردة ، ولكنه لن يتم إلا بمساهمته الإيجابية في تحمل المسئولية نحو إحداث هذا التيغير . ومن ثم يجب على المسترشد أن يظهر مشاعره نحو صعوبات تكيفه بصراحة ، ويحددها بوضوح حتى يتمكن من التغلب عليها . وفيما يلي عدد من النماذج التي يمكن أن يستعين بها المرشد في مساعدة المسترشد على ارتياد نفيه واكتشافها ، وفقا للنقاط المحددة سابقة الذكر ، وحسب تسلسلها الرقمي .

- " أرجو ألا تتردد في أن تخبرني بأي شيء يتعلق بالصعوبات التي تواجهك ، أو الأزمات التي تنتابك" .
- " أرجو أن تترك نفسك على سجيتها ، وأن تترك كل ما يتردد في فكرك لينساب بين شفتيك دون أن تحبسه" .
- " يسعدني أن أقدم لك أي تفسير أو توضيح حول ما قدمته أنت من معلومات تتعلق بحالتك" .
- " كيف رأيت نفسك وأنت في ذلك المأزق الذي تخبرني عنه الآن؟ ليتك تخبرني عما شعرت به وأحسسته عندما وجدت نفسك فيه" .

ـ" أرجو أن تعيد على ما أخبرتني به الآن ، مرتبا الأحداث التي ذكرتها حسب درجة تأثرك بها ، ورد فعلك عليها" .

ـ" ذكرت لي أنك أنفقت كل ما تملكه على مائدة القمار ليلة أمس . كيف تشعر الآن وأنت لا تملك ثمن الدواء لابنتك المريضة؟" .

ـ" هل تعتقد أن زوجتك راضية عن إهمالك لها ، وعدم مساعدتها في تصريف شؤون المنزل؟ كيف يكون شعورك نحوها إذا أهملتك هي بدورها ولم تساعدك في أي عمل تطلبه منها؟" .

ـ نهاية المقابلة الإرشادية :

مرحلة النهاية أو المرحلة الأخيرة ويمكن أن يصل الطرفان المرشد والمسترشد ، إلى قرار مشترك بإنهاء المقابلة الإرشادية دون الالتزام بالمرور على مراحلها التلقائية سالفة الذكر ، مرحلة الافتتاح ، ومرحلة البناء ،أو قبل أن تستوفي كل مرحلة حقها المهني ، إذا وجدا لا ضرورة لاستكمال المقابلة ، ولا ضرورة الاستمرار فيها . وقد تنتهي المقابلة بناء على رغبة أحد الطرفين وإصراره على ذلك نتيجة لطبيعة الظروف المحيطة بحالة المسترشد . وقد تنتهي العلاقة الإرشادية عند نهاية المقابلة الابتدائية ولا تكرر بعدها في صورة مقابلات تشخيصية أو مقابلات علاجية ، وقد تنتهي العلاقة الإرشادية وتتوقف خلال الفترة الزمنية التي تتم فيها المقابلات التشخيصية والعلاجية ، وبعد أن يكون المسترشد انتظم فيها لعدد من المرات . ولكل مقابلة ظروفها الخاصة بها وبإقفالها ، ولكل حالة ظروفها الخاصة بها والخاصة بتوقف المقابلات الإرشادية التي تناولتها . وعموما ، يقع على المرشد النفسي العبء الأكبر في تحديد الوقت المناسب لإقفال المقابلة في صورتها العادية أو في صورتها الاستثنائية ، وفي تحديد الفترة الزمنية التي تتوقف بعدها العلاقة الإرشادية في الأحوال العادية أو في الأوضاع الاستثنائية وبالرغم من تنوع الدوافع واختلاف الأسباب التي تؤدي إلى إقفال المقابلة ، أو التوقف في استمرار العلاقة الإرشادية والعلاجية ، وإنهائها بشكل مفاجئ وبصورة استثنائية ، إلا أنه من الممكن تحديد عدد منها تم التعارف عليها في مجال الإرشاد والعلاج النفسي ، على سبيل المثال وليس على سبيل الحصر نسردها من وجهة نظر كل من المرشد والمسترشد على النحو التالي:

الغرض من استخدامها أو قد تحقق عكس ما هو متوقع منها وذلك لأن عنصر المواجهة وغير مستحب إلا في حالات معينة تتطلبها الضرورة القصوى مثلا الإدمان على الخمور والمخدرات والقمار والعادة السرية والممارسة الجنسية غير المشروعة .

وبناء عليه أجريت الدراسات والبحوث حول المستويات المثلى للمواجهة التي يمكن أن ينتقل خلالها المرشد النفسي متدرجا بمسترشدة من مستوى أرقى فيها مبدئيا مما يكاد يوصف بكونه مستوى للاسترخاء ومنتبها إلى ما قد يوصف بأنه مستوى التحدي ولعل الدراسات والبحوث التي أجراها رواد علم النفس الإكلينيكي على اختلاف مدارسهم النفسية التي ساهمت في تحديد خصائص هذه المستويات حتى واختلفوا في تعددها ومسمياتها . ونذكر من هؤلاء الرواد الإرشاديين والإكلينيكيين : أندرسون ، دودز ، وكاركوف ، برنسون ، وميشل ويسرد المؤلف فيما يلي من هذه المستويات بناء على تلك الدراسات المذكورة بشي من التصرف :

- هو عملية مساعدة الفرد في فهم وتحليل استعداداته وقدراته وإمكانياته وميوله والفرص المتاحة أمامه ومشكلاته وحاجاته ، واستخدام معرفته في إجراء الاختيارات واتّخاذ القرارات لتحقيق التوافق بحيث يستطيع أن يعيش سعيدا .
- هو عملية مساعدة الفرد وتشجيعه على الاختيار والتقرير والتخطيط للمستقبل بدقة وحكمة ومسئولية في ضوء معرفة نفسه ومعرفة واقع المجتمع الذي يعيش فيه .
- هو عملية مساعدة الفرد في فهم حاضره وإعداده لمستقبله بهدف وضعه في مكانه المناسب له وللمجتمع الذي يعيش فيه .

التعرف الشامل للتوجيه والإرشاد النفسي: التوجيه والإرشاد النفسي عملية واعية مستمرة بناءة ومخططة ، تهدف إلى مساعدة وتشجيع الفرد لكي يعرف نفسه ويفهم ذاته ويدرس شخصيته جسميا وعقليا واجتماعيا وانفعاليا ، ويفهم خبراته ، ويحدد مشكلاته وحاجاته ، ويعرف الفرص المتاحة له ، وأن يستخدم وينمّي إمكاناته بذكاء إلى أقصى حدٍّ مستطاع ، وأن يحدد اختياراته ويتّخذ قراراته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته بنفسه ، بالإضافة إلى التعليم والتدريب الخاص الذي يحصل عليه عن طريق المرشدين والمربين والوالدين ، في مراكز التوجيه والإرشاد وفي المدارس وفي

الأسرة ، لكي يصل إلى تحديد وتحقيق أهداف واضحة تكفل له تحقيق ذاته وتحقيق الصحة النفسية والسعادة مع نفسه ومع الآخرين في المجتمع والتوفيق شخصيا وتربويا ومهنيا وأسريا .

. مزايا المقابلة :

١- تساعد على ملاحظة الفرد ككل لفترة طويلة مما يساعد على الكشف عن ظروف أثرت في شخصيته يصعب الكشف عنها بغير هذه الطريقة .
٢- يمكن استخدامها في الحالات التي يصعب فيها استخدام الاستبيان كأن تكون العينة من الأميين أو من صغار السن .
٣- توفر عمقاً في الإجابة لإمكانية توضيح إعادة طرح الأسئلة وحتى يتسنى ذلك فهي بحاجة إلى مقابل مدرب .
٤- تستدعي معلومات من المستجيب من الصعب الحصول عليها بأي طريقة أخرى لأن الناس بشكل عام يحبون الكلام أكثر من الكتابة .
٥- توفر إمكانية الحصول على إجابات من معظم من تتم مقابلتهم ٩٥% وربما يزيد إذا ما قورنت بالاستبيان ٤٠% تقريبا بدون متابعة .
٦- توفر مؤشرات غير لفظية تعزز الاستجابات وتوضح المشاعر كنغمة الصوت وملامح الوجه وحركة العينين والرأس .
٧- المرونة وقليلة شرح وتوضيح الأسئلة للمستجوب في حالة صعوبتها أو عدم فهمه لها .
٨- وسيلة مناسبة لجمع المعلومات عن القضايا الشخصية والانفعالية والنفسية الخاصة بالمبحوث ، وهي أمور من الصعب جمعها بطرق أخرى كالوثائق والاستبيانات .
٩- مراقبة السلوك حيث يستطيع الباحث مراقبة سلوك وردود أفعال المستجيب وتخمين أقواله ومدى تعبيرها حقيقة عن الذات .
١٠- التحكم بالبيئة المحيطة بالمقابلة من حيث الهدوء والسرية والظروف الأخرى .

١١- تسلسل الأسئلة حيث يضمن الباحث إجابة المستجيب بتسلسل منطقي دون القفز من سؤال إلى آخر ذلك أن الباحث يتحكم في طرح الأسئلة .
١٢- التلقائية : وتعني قدرة الباحث على تسجيل الإجابة والعفوية للمستجيب .
١٣- توقيت المقابلة : حيث يستطيع الباحث تسجيل زمان ومكان إجراء المقابلة .

. عيوب المقابلة :

١- المعلومات التي تمدنا بها تفتقر للدقة والضبط .
٢- تتأثر المعلومات بذاتية الباحث .
٣- من الصعب فيها معرفة السبب والنتيجة في السلوك الملاحظ .
٤- أن نجاحها يعتمد إلى حد كبير على رغبة المستجيب في التعاون وإعطاء ، معلومات موثقة ودقيقة .
٥- أنه يصعب مقابلة عدد كبير نسبيا من الأفراد لأن مقابلة الفرد الواحد تستغرق وقتاً طويلا من الباحث .
٦- أنها تتأثر بحرص المستجيب على نفسه ، وبرغبته بأن يظهر بمظهر إيجابي وبتردده في إعطاء معلومات بمعزل عن نفسه وبدوافعه أن يستعدي أو يرضى الشخص الذي يجري المقابلة .
٧- تتطلب مقابلين مدربين على إجرائها فإذا لم يكن المقابل ماهراً مدرباً لا يستطيع خلق الجو الملائم للمقابلة ، فقد يزيف المستجيب إجابته وقد يتحيز المقابل من حيث لا يدري بشكل يؤدي إلى تحريف الإجابة .
٨- صعوبة التقدير الكمي للاستجابات أو إخضاعها إلى تحليلات كمية خاصة فيما يتعلق بالمقابلة المفتوحة .
٩- صعوبة تسجيل الإجابات أو في تجهيز أدوات التسجيل في مكان المقابلة الذي يحدده المستجيب على الأغلب .

الفصل السادس

طريقة دراسة الحالة في الطريقة الإكلينيكية

عناصر الفصل السادس :

- مقدمة
- مفهوم منهج دراسة الحالة
- طبيعة منهج دراسة الحالة
- أهداف منهج دراسة الحالة
- استخدامات منهج دراسة الحالة
- أساليب جمع البيانات بمنهج دراسة الحالة
- نماذج تحتاج لدراسة حالاتهم من المرشد الطلابي
- منهج التحليل النفسي ودوره في دراسة الحالة
- انتقادات التحليل النفسي من حيث قضاياه ومكتشفاته

الفصل السادس
طريقة دراسة الحالة في الطريقة الإكلينيكية

مقدمة :

تعد دراسة الحالة طريقة ومنهجا هي التقليد الطبيعي والكلاسيكي المتوافر حتى الآن في العمل الإكلينيكي ولا أعتقد أنه سوف يأتي طريقة إليكترونية يوما ما لتحل محل هذه الطريقة الكلاسيكية لدراسة الحالة Case Study غير مباشرة ، ومنها التقارير الذاتية وتقارير الآخرين عن أحداث لها دلالتها في ماضي العميل .

- مفهوم منهج دراسة الحالة Case Study :

ولقد أخذ علم النفس الإكلينيكي مصطلح دراسة الحالة من الطب النفسي والعقلي وعمم استخدام هذا المصطلح على الرغم من اعتراض البعض على استخدام كلمة "الحالة" في الإشارة إلى كائن إنساني يعاني من اضطراب بدني أو انفعالي . ودراسة الحالة وسيلة هامة لجمع وتلخيص أكبر عدد ممكن من المعلومات عن الحالة موضوع الدراسة والحالة قد تكون فردا أو أسرة أو جماعة .

هي الإطار الذي ينظم فيه الأخصائي الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها من الفرد ، وذلك عن طريق: الملاحظة والمقابلة ، والتاريخ الاجتماعي ، والخبرة الشخصية ، والاختبارات السيكولوجية ، والفحوص الطبية .

يدرس فيها الباحث الحالات بهدف علاجها مستخدما في ذلك مجموعة من الأجهزة والآلات الخاصة للكشف على تلك الحالات التي تواجهه ، بالإضافة إلى ما يستخدمه من طرق خاصة كتطبيق بعض الأسئلة أو إجراء الاستفتاءات من أجل جمع المعلومات اللازمة لمساعدة هؤلاء الأفراد على التخلص من المشاكل النفسية التي يعانون منها وفي هذه الطريقة يتم فهم شامل لتاريخ حالة الفرد أي تحديد التطور الذي مر به الفرد في محيطه الثقافي مع توضيح جميع المؤثرات التي أثرت في تكوين اتجاهاته وفلسفته والخبرات التي اكتسبها والأزمات والمشاكل التي أثرت في تكوين شخصيته واتجاهاته

وفلسفته ويحصل الباحث على المعلومات من دراسة الحالة الفردية من أهم الأعمال الإرشادية التي يقوم بها المرشد الطلابي في المدرسة ؛ بل إنها الميزة التي تميزه عن غيره ، وتعد من أدق الأعمال الإرشادية لما تتطلبه من خبرة ودراية ومهارة فنية وتدريب عالي للقيام بها .

وتعتبر دراسة الحالة من الأدوات الرئيسية التي تعين المرشد النفسي على تشخيص وفهم حالة الفرد وعلاقته بالبيئة .

والمقصود بدراسة الحالة أنها جميع المعلومات المفصلة والشاملة التي تجمع عن الفرد المراد دراسته في الحاضر والماضي ، وتعد دراسة الحالة تاريخ شامل لحياة الفرد المعنى بالدراسة وتاريخ الحالة ما هي إلا جزء من دراسة الحالة . وتعتبر دراسة الحالة الطريق المباشر إلى جذور المشكلات الإنسانية . ويمكن تعرف منهج دراسة الحالة بأنه طريقة لدراسة وحدة معينة مثل مجتمع محلي أو أسرة أو قبيلة أو منشأة صناعية أو خدمية دراسة تفصيلية عميقة بغرض استيفاء جميع جوانبها والخروج بتعميمات تنطبق على الحالات المماثلة لها .

إن مصطلح دراسة الحالة مقتبس من الطب النفسي والعقلي وعمم استخدام هذا المصطلح على الرغم من اعتراض البعض على استخدام كلمة "الحالة" في الإشارة إلى كائن إنساني يعاني من اضطراب بدني أو انفعالي .

ودراسة الحالة وسيلة هامة لجمع وتلخيص أكبر عدد ممكن من المعلومات عن الحالة موضوع الدراسة والحالة قد تكون فردا أو أسرة أو جماعة . يدرس فيها الباحث الحالات بهدف علاجها مستخدما في ذلك مجموعة من الأجهزة والآلات الخاصة للكشف على تلك الحالات التي تواجهه ، بالإضافة إلى ما يستخدمه من طرق خاصة كتطبيق بعض الأسئلة أو إجراء الاستفتاءات من أجل جمع المعلومات اللازمة لمساعدة هؤلاء الأفراد على التخلص من المشاكل النفسية التي يعانون منها وفي هذه الطريقة يتم فهم شامل لتاريخ حالة الفرد أي تحديد التطور الذي مر به الفرد في محيطه الثقافي مع توضيح جميع المؤثرات التي أثرت في تكوين اتجاهاته وفلسفته والخبرات التي اكتسبها والأزمات والمشاكل التي أثرت في تكوين شخصيته واتجاهاته وفلسفته ويحصل الباحث على المعلومات من الفرد ذاته أو من محيطه .

ومن المحقق أن العلوم النفسية والمهن النفسية قد تقاعست في استخدام دراسة الحالات بوصفها أداة تعليمية ، وذلك لأسباب عديدة منها :

١- تعقد النفس البشرية وحتمية بذل الجهد والوقت لمعرفة ولو جانب متواضع منها .

٢- صعوبة استدعاء وقائع الماضي وبخاصة في ضوء حرص الفرد على عدم كشف المستور .

٣- حق الفرد في الحفاظ على خصوصيته ، وهو حق تصونه المواثيق الخلقية للمهنة .

٤- صعوبة التحقق من العوامل ذات الدلالة في توافقه الشخصي بطرق موضوعية مقننة ،وطبقا لمقتضيات العلم التجريبي .

٥- صعوبة التوصل إلى تفسيرات مقنعة للحالة المعنية في إطار نظري مقبول .

٦- عدم تقبل المجتمع لنشر تاريخ حياة أشخاص لا زالوا أحياء يعيشون بيننا ، ومن ثم تضطر إلى تغيير الأسماء والمواقع ، وأحيانا إلى عدم الكشف عن اسم دارس الحالة ، حفاظا على سرية هوية صاحب الحالة .

ويكمن الخطر في هذا الإجراء في أنه قد يؤدى إلى تغيير طريقة فهمنا لدينامية الحالة ، ويتطلب الحفاظ على هذا التوازن الدقيق مهارة بالغة وضميرا حيا ، قد يفضل معه أحيانا القطع بعدم قابلية الحالة للنشر .

وفى ظل تزايد معدلات الأمراض العقلية والنفسية والحاجة إلى تهيئة الظروف المخففة من ألوان الصراع وتدعيم الإصلاح الاجتماعي فإننا في أشد الحاجة إلى معرفة المزيد من المعلومات والفهم عن هذه الأمراض والعلل الاجتماعية ، وإنشاء المستشفيات والعيادات وتدعيم البحوث .

فضلا عن إعداد الاختبارات لقياس القدرات المعرفية وسمات الشخصية وديناميانها وإعداد الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين المدربين على تقديم خدمة نفسية فعالة ، ومن هذه الوسائل أيضا تقديم دراسة حالات توضح بصورة ملموسة تطبيق الطريقة الإكلينيكية" . (لويس كامل مليكة ، ٢٠٠٠) .

ويشير كل من توماس أولتمانز ، جون .م . نيل ، جيرالد .س .دافيسون في مقدمة كتابهما السابق الذكر بقولهم عن دراسة الحالة" إن دراسة الحالة التفصيلية يمكنها أن تخدم كأداة مساعدة تزيد من قدرة الطالب على فهم وتذكر القضايا النظرية والبحثية المجردة" . (توماس أولتمانز ،جون .م . نيل ، جيرالد .س .دافيسون ،٢٠٠٠) .

أما فرج طه فيعرفها "بتاريخ الحالة Case Study وهى سجل أو تقرير يشتمل على كل المعلومات الأساسية والهامة عن الحالة التي ندرسها أو نعالجها أو نوجهها أو نرشدها ،أو نختارها لدراسة معينة أو لممارسة عمل معين .

وعلى هذا فإن تاريخ الميلاد ومكان الميلاد والمؤسسات التعليمية التي التحق بها الفرد منذ طفولته حتى انتهى من تعليمه ، ونتائجه الدراسية في كل منها ، والوظائف التي التحق بها منذ بدء حياته المهنية ومدى توافقه وتوفيقه في كل منها .

والظروف الأسرية التي أحاطت بالفرد وأثرت فيه منذ تكوينه جنينا حتى الوقت الحالي ، والأمراض الجسمية والنفسية التي جابهته في الماضي والمشكلات الاجتماعية التي صادفته على طول حياته وكيف واجهها وأثرت عليه .

ونتائج الاختبارات ، والتي سبق أن طبقت عليه في مراحل وظروف سابقة من حياته ، وما يعتمل بداخله من آمال ورغبات وما يخشاه ويقلقه من مخاوف وأخطار (سواء واقعية أم متوهمة) .

ويساعد تاريخ الحالة هذا على تشخيصها ، ودراستها دراسة إكلينيكية شاملة ، وعادة يقوم بتسجيل تاريخ الحالة وتحضيره الأخصائي المكلف بمتابعة الحالة .

ولذا فتاريخ الحالة عمل مهني هادف إلى تحقيق غرض مهني معين يركز على جمع المعلومات التي تحققه فقط" . (فرج عبد القادر طه ، ١٩٩٨: ١٥٣) .

أما جوليان روتير J . Rotter يؤكد بقوله " إن دراسة الحالة هي المجال الذي يتيح للأخصائي جمع أكبر وأدق قدر من المعلومات حتى يتمكن من إصدار حكم قيم نحو الحالة ومن المعلومات ما يأتي من مناقشة مباشرة مع المريض (العميل) وتتضمن طبيعة المشكلات ، وظروفها ومشاعر صاحبها واتجاهاته ورغباته وإحباطاته ، وقد تأتى المعلومات من الوالدين والأسرة أو رفاق العمل .

وتساهم أيضا "الاختبارات النفسية" Psychological Testing عند ضرورتها وفى وقتها المناسب في كشف القدرات العقلية ،والمهارات والميول المهنية .

أما محمود الزبادي فيشير لتاريخ الحالة بقوله" أن تاريخ الحالة أداة قيمة تكشف لنا وقائع حياة شخص معين منذ ميلاده حتى الوقت الحالي .

وهذه خطوة أساسية في العمل الإكلينيكي لجمع معلومات تاريخية عن المريض ومشكلاته بأسلوب علمي منظم .

وهذا يساعد الأخصائي على وضع الفروض الأولية التي يحاول فيما بعد (اختبار صحتها) من خبراته التشخيصية السابقة .

ويحذر محمود الزيادى من عيوب دراسة الحالة ونقائصها في أنها بمفردها لا تمدنا بكل ما نريد من مؤشرات تشخيصية وليس هنالك ضمان لدقتها ،فهي محاولة لفهم سلوك المريض وحالته في صورة تطورية تتابعية وتاريخية .

وتلعب تجارب الطفولة والخبرات السابقة دورا جوهريا في صياغة الحالة على شكلها الحاضر الراهن .

ويشير نولان لويس Nolan Lawis لأهمية دراسة الحالة وضرورتها بقوله : "عند دراسة أي مريض يصبح من المهم أن ندرس تاريخه السابق ، تاريخ نموه الجسمي والعقلي ، وتاريخ أمراضه وسلوكه العصابي ، وبدون هذه المعلومات يصبح من المستحيل في معظم الحالات أن نفهم طبيعة الاضطراب الموجود ، أو أن نضع تشخيصا دقيقا ، أو نحدد خطة علاجية واضحة" .

ودراسة الحالة تقابلها صعوبات كثيرة ،منها ضيق الوقت وقلة المصادر ،وعدم توافرها ، وكثرة التكاليف والأعباء .

ولقد وضع غرين Green يده على عيوب دراسة الحالة في فشل الباحثين في ضبط الكذب والتناقض في المعلومات والبيانات بقوله :" أنه إذا قام باحثان بدراسة تاريخ حالة واحدة ، فإنهما أحيانا ما يختلفان في بعض النقاط الهامة ذات الدلالة .

هذا بالإضافة إلى أن تاريخ الحالة عندما يقوم بإعداده أخصائي غير مدرب على طريقة إلقاء الأسئلة واختيارها الهادف وتدوين الإجابات ، فإننا نجد التقرير في هذه الحالة عبارة عن كتلة من المعلومات المتناثرة عديمة المعنى" .

أما عطوف محمود ياسين فيشير لأهمية دراسة الحالة بقوله " أن دراسة الحالة تبقى مصدرا جيدا من مصادر التشخيص في حدود الاعتبارات التالية :

١- أن نضع لدراسة الحالة ضوابط على ضوء فجواتها وذلك رفع مقدار الثبات والصدق لها في حدود الإمكان .

٢- أن نتأكد من صحة المصادر في البداية ، ومن صحة التقييم لها عند كتابة التقرير النفسي في نهاية المطاف .

٣- أن لا نثق بها وحدها كأداة دون ربطها ربطا محكما مع الأدوات الأخرى وبالذات نتائج الاختبارات والمقابلة ،والفحص الطبي ، والعصبي وغيرها من الأدوات التشخيصية" . (عطوف محمود ياسين ، ١٩٨١ : ٣٥٢) .

أما العارف بالله محمد الغندور يشير في مقدمته للتقرير النفسي عن تاريخ الحالة بقوله " يعد التقرير النفسي النهائي بمثابة الفعل الختامي الذي تتكامل فيه الرؤى الجزئية وتتبلور من خلاله الصورة النهائية ،حيث يشكل عرضا ملخصا لكل ما يتعلق بجوانب الشخصية واتجاها تأويليا للسلوك بالاعتماد على المعارف المتوفرة خلال فترة دراسة الحالة .

وهو أمر إذ يبدو في ظاهره يسير إلا أنه ينطوي على صعوبة بالغة ليس فقط بالنسبة للدارس المبتدئ وإنما أيضا للأخصائي النفسي الإكلينيكي في بعض الأحيان .

حيث يتطلب ممن يدونه تجنيد كل خبراته ومعارفه ومعلوماته المكتسبة في مختلف ميادين علم النفس ،كما يتطلب الركون إلى المهارة في التعامل مع المعلومات التي تم جمعها عن الحالة موضع الدراسة حتى يتسنى فهمها بشكل مترابط وبطريقة واضحة .

ويمكن اعتبار التقرير النفسي النهائي بمثابة إعادة بناء Reconstruction للوقائع المتماثلة في ذهن الباحث تنطوي على فلسفة تفسيرية أو قانون فهمي تحكمه صيغ واضحة .

وهى وقائع مستمدة من معطيات تاريخية (تاريخ حياة الشخص المستخلص من المقابلة ، ومعطيات حالية) سلوك الشخص المستخلص من الملاحظة ومجالات حياته الحالية (ضمن ظروفه البيئية) ومعطيات قياسي (نتائج المقاييس والاختبارات السيكولوجية) .

بالإضافة إلى المعطيات التحليلية (تفسير الأحلام والهفوات والحركات البدنية) التي تصدر عن الشخص أثناء المقابلة" (العارف بالله محمد الغندور ،٢٠٠٠ : ٢٨) .

ولا يغيب عن الأذهان ما تحتويه طريقة دراسة الحالة من دلالات تشخيصية أولية تكشف الرؤى أمام الفريق الإكلينيكي وتسهل له طريقة عمله .

وتعتبر دراسة الحالة أداة إكلينيكية وصورة بحثية عن حياة المريض والتي تحتاج لفحص الحالة العقلية والنفسية وبذلك فهي تفيد في التعرف على طبيعة المشكلات النفسية والعقلية التي يعاني منها المريض .

والأداة تمد الأخصائي الإكلينيكي بمعلومات وفيرة ومنظمة عن المريض ،وهى تتميز بالبساطة والسهولة وغزارة المعلومات العيادية .

- طبيعة منهج دراسة الحالة :

للوصول إلى حكم ما ، يقوم السيكولوجي الإكلينيكي بتجميع أكبر قدر ممكن من المعلومات في حدود الوقت المتاح ومصادر البيانات الممكنة . وبعض المعلومات تأتي مباشرة نتيجة المناقشة مع المرضى (العملاء) ، وهي تشتمل على تصورهم لطبيعة مشكلاتهم ، ولطبيعة الظروف التي يعيشون فيها ، ومشاعرهم واتجاهاتهم ، ورغباتهم ، وأهدافهم ، وغير ذلك .

وبالإضافة إلى هذا ، فإن السيكولوجي الإكلينيكي يحاول في كثير من الحالات أن يحصل على معلومات من مصادر أخرى مثل الأطباء ، والمدرسين ، والآباء ، والزوجات ، والأزواج ، والأقرباء ، وغيرهم . وقد يحصل أيضا على البيانات بإجراء الاختبارات على مرضاه ، وهذه الاختبارات قد تكون اختبارات ذكاء ، أو اختبارات قدرات خاصة ، أو اختبارات للشخصية أو اختبارات يفترض أنها تكشف عن إصابات المخ ، أو اختبارات للاستعدادات والميول المهنية . ويحاول إن أمكنه أن يحصل على التاريخ التطوري (أو الاجتماعي) للمريض حتى يستطيع أن يفهم كيف نما وتطور سلوك المريض واتجاهاته الحالية نتيجة لخبراته المبكرة الخاصة به .

ويتطلب فهم مشكلات المرضى – سواء كانوا أطفالا أم كبارا ، وسواء كانت اضطراباتهم بسيطة أم خطيرة– فهم الأحداث الهامة في حياتهم . ويصل السيكولوجي

الإكلينيكي عادة إلى التاريخ الاجتماعي للمريض عن طريق المقابلة ، معتمدا في ذلك على المريض نفسه وعلى المصادر الأخرى . وتاريخ الحالة الاجتماعي في صورته المختصرة قد يغطي عدة صفحات . ومن الواضح أن مثل هذا الشمول غير ممكن في جميع الحالات ، وبالتالي يصبح من الضروري أن يقرر الإكلينيكي المعلومات التي يسعى للحصول عليها وبأي درجة من التفصيل .

وعلى الرغم من أنه من الناحية المثالية تكون الغالبية العظمى من المعلومات في صورة وقائع مثل "إن المريض طلق زوجته بعد مضي عام واحد من زواجه" ، أو "إن المريضة رسبت في الصف الثالث" ، إلا أن الوقائع لا تكون إلا جزءا من التاريخ الاجتماعي فليس من المهم فقط أن نعرف ، مثلا ، أنه مرض مرضا شديدا عندما كان عمره أربع سنوات بل من المهم أيضا أن نحدد شعوره وشعور الآخرين إزاء مرضه . هل تسبب مرضه في شعور الأم بالقلق لخوفها من أنه قد يؤدي إلى وفاة ابنها؟ هل تم معاملة الطفل باهتمام شديد لمدة عدة أشهر بعد مرضه؟ هل تسبب هذا الاهتمام الذي حصل عليه في إثارة الغيرة لدى الأطفال الآخرين؟ كيف استجاب الطفل لرسوبه في المدرسة فيما بعد؟ وكيف شعر والداه؟ وما الذي طرأ على عمله في المدرسة فيما بعد نتيجة لرسوبه؟ إن الخبرات الذاتية للفرد هي التي يتركز عليها مجهود الإكلينيكي لفهم الطفل . إن "الوقائع" التي عليها الإكلينيكي هامة من حيث أنها علامات غير مباشرة للخبرات النفسية السابقة ذات الأهمية .

إنه من الأهمية البالغة أن نحصل على المعلومات من مصادر متعددة لأننا بهذا لا نحصل على "الوقائع" فقط ، بل نعرف كيف شوهت أو على أي نحو تذكرها أناس متعددون بما فيهم المريض نفسه .

وهذه الاختلافات نفسها تكشف عن كيف شعر المتصلون بالحالة حينذاك . فمثلا ، في مناقشة أسلوب تعليم الطفل النظام في سنوات عمره المبكرة فقد تذكر الأم أن الأب كان يعامل الطفل بخشونة . وقد يتذكر الأب أن الطفل كان قليل الاتباع للنظام ، وإن الأم كانت تتركه يفعل ما يريد . وقد تتذكر المريضة البالغة أن أمها كانت مشغولة دائما بأمورها الخاصة وبإرضاء زوجها ، في تقرر أختها أن المريضة كانت مفضلة لدى أمها وأنها كانت تقوم بكل شيء من أجلها . أنه من غير الممكن أن يكشف الإكلينيكي

الحقائق المتعلقة بالسنة أو الخمس سنوات أو العشر سنوات أو الخمس عشرة سنة الماضية ، ولكن في إمكانه أن يجد دليلا لمشاعر وخبرات جميع المرتبطين بالحالة عندما يكتشف أوجه التشابه وأوجه الاختلاف في وجهات نظرهم للأحداث نفسها .

ويمكن أن نوضح أهمية الحصول على المعلومات من مصادر متعددة ، كلما أمكن ذلك ، يميل الخبراء إلى السعي وراء "الأسباب" المختلفة التي تفسر حالة المريض ، والتي غالبا ما يجدونها . وينبغي أن يكون الإكلينيكي على حذر من أن يتقبل أيا من هذه الأسباب باعتباره بالضرورة سببا أساسيا في صعوبات المريض الحالية . فإذا ما سألنا الطبيب فإنه يشير عادة إلى الظروف الصحية ، وإذا ما سألنا المدرس فإنه يشير إلى مشكلات التعلم ، وإذا ما سألنا طبيب العيون فإنه يشير إلى صعوبات في الإبصار ، وإذا ما سألنا الوالدين فإنهما يشيران إلى سوء المعاملة في المدرسة في حين أن المدرسة إذا ما سئلت تشير إلى سوء معاملة الوالدين .

إن منهج دراسة الحالة يحاول أن يطور على نحو كامل ، قدر الإمكان ، فهما للفرد والعلاقات ، ماضية وحاضرة ، في بيئته الاجتماعية . وتحقيق مثل هذا الفهم يتضمن تكاملا للمعلومات المستمدة من استجاباته (ردود أفعاله) الحالية ، ومن خبراته السابقة (بقدر ما يمكن تحديدها) ، ومن الاختبارات السيكولوجية بأنواعها المختلفة مع المعلومات التي يحصل عليها الإكلينيكي من الأشخاص الأخرى . وهذه البيانات يجب أن تجمع بطريقة بحيث تؤخذ جميعها بنظر الاعتبار وتتكامل جميعها ، وهي عملية تحتاج إلى مهارة وخبرة عظيمتين .

- أهداف منهج دراسة الحالة :

تهدف دراسة الحالة إلى :

١ ـ تحقيق الصحة النفسية للمسترشد وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي له .
٢ ـ إزالة ما يعترض سبيل المسترشد من عقبات وصعوبات ومساعدته في التغلب عليها ، أو التخفيف منها واستبعاد الأسباب التي لا يمكن إزالتها .
٣ ـ تعديل سلوك الطالب إلى الأفضل .
٤ ـ تعليم الطالب كيف يحل مشكلاته ويصنع قراراته بنفسه .

- استخدامات منهج دراسة الحالة :

١- عند الرغبة في دراسة المواقف المختلفة للوحدة دراسة تفصيلية في مجالها الاجتماعي والثقافي ، أي كل محتويات الثقافة من عادات وتقاليد وقيم وأفكار إضافة للمكونات المادية للثقافة .

٢- حين يريد الباحث معرفة التطور التاريخي للوحدة .

٣- حين يريد الباحث أن يتعمق في الحياة الداخلية لفرد أو أفراد معينين بدراسة حاجاتهم الاجتماعية واهتماماتهم ودوافعهم .قد يستخدم منهج دراسة الحالة كمنهج مكمل لمنهج آخر إذا احتاج الباحث لتوضيح جانب معين من جوانب بحثه .

٣- ولمنهج دراسة الحالة أهمية كبيرة للخدمة النفسية والاجتماعية وللأخصائي النفسي والاجتماعي حيث يقوم كل من الأخصائي النفسي والاجتماعي بجمع بيانات تخص فردا معينا يعاني من مشكلة نفسية أو اجتماعية لفهم شخصيته: وذلك من خلال تقصي نمط الحياة التي يعيشها بغرض معرفة الظروف التي ظهرت فيها المشكلة قيد البحث .

- أساليب جمع البيانات بمنهج دراسة الحالة :

١- المقابلة المتعمقة مع المبحوث ومع أشخاص آخرين .

٢- الملاحظة .

٣- الوثائق وتشمل الوثائق الشخصية والسير الذاتية والسجلات المدرسية والعمل والسجلات الطبية .

- نماذج تحتاج لدراسة حالاتهم من المرشد الطلابي :

يمكن حصر الحالات التي ينبغي توجيه اهتمام المرشد الطلابي في ميادين كثيرة أهمها :

١ - حالات التأخر الدراسي مثل : متكرر الرسوب ، الرسوب في أكثر من نصف المواد ، الرجوع إلى الدراسة بعد الانقطاع .

٢ - حالات سوء التكيف الاجتماعي مثل : عدم التوافق مع أنظمة المدرسة أو الزملاء أو المعلمين العدوانية والمشاكسة المستمرة .

٣ ـ حالات الإعاقة : مثل : عدم سلامة الحواس (السمع أو البصر) أو جهاز النطق ـ العرج والشلل ـ الربو وضيق التنفس .

٤ ـ الحالات النفسية مثل : الخجل ـ القلق ـ الاكتئاب ـ الانطواء ـ الخوف المرضى ـ الوسواس ـ توهم المرض .

وليس كل حالة من تلك الحالات يتم بحثها على الفور ولكن إذا لاحظ المرشد الطلابي أن تلك الحالة التي يعاني منها الطالب قد أثرت على سيره الدراسي أو الأخلاقي بصورة عكسية .

ـ منهج التحليل النفسي ودوره في دراسة الحالة :

" لقد طور فرويد تدريجيا تكنيكا لمساعدة المريض على استعادة الخبرات 'المنسية' هو التداعي الحر .

فهذا التكنيك بالإضافة إلى ملاحظات المحلل وتفسيراته لسلوك المريض يمثل منهج التحليل النفسي" .

ولنرجع إلى فرويد نفسه يصف لنا طريقته في التداعي الحر إذ يقول : " ... فبعد أن كنت أحفز المريض إلى أن يذكر شيئا عن موضوع بعينه ، أصبحت أطلب منه أن يستسلم لعملية تداع حر ، أعني أن يذكر كل ما يخطر بذهنه ، على أن يتجنب أي توجيه شعوري لخواطره . ولم يكن بد ، مع ذلك ، أن يلتزم المريض بذكر كل شيء يخطر بباله حرفيا معرضا عن الاعتراضات النقدية التي من شأنها أن تستبعد بعض الخواطر بحجة عدم أهميتها أو عدم مناسبتها أو بحجة ألا معنى لها . ولا حاجة بنا أن نلح في مطالبة المريض صراحة بضرورة توخي الصدق في تسجيل خواطره ، طالما قد أوضحنا له أن ذلك هو الشرط الأساسي في العلاج التحليلي بأسره . قد يبدو عجيبا أن طريقة التداعي الحر هذه التي هي تطبيق للقاعدة الأساسية في التحليل النفسي ، قد حققت ما كان ينتظر منها ، أي نقل الأمور المكبوتة التي كانت تحتجزها المقاومات إلى الشعور . .

لقد تخرج فرويد في الطب ، ومارس البحث العلمي لفترة طويلة في مجال طب الجهاز العصبي ومجال الفسيولوجيا ، وله مكتشفات هامة لا زالت حتى الآن دليلا على أنه كان من كبار الباحثين في هذين المجالين ، ولا يخفى على أحد أن المنهج التجريبي

الصارم هو عماد البحث فيهما ." فقد ظل (فرويد) يبحث في تشريح النخاع الشوكي بمعهد الفسيولوجيا في فيينا زهاء ست سنوات أسفرت عن نتائج علمية من الدرجة الأولى ، ثم قضى بضع سنوات أخرى يبحث في تشريح المخ وأمراضه فاكتشفت مرض (الشلل الشبيه بالرقاص) ، وأفرد له مكانا في المصنفات الإكلينيكية . وقام بدراسته من النواحي التشخيصية والتشريحية والعلاجية - فضلا عن اكتشافاته في النخاع المستطيل ، ثم اكتشافه الإكلينيكي لما يعرف في الطب العصبي (بالأجنوزيا) . وقد أصبحت هذه الاكتشافات جميعا جزءا من التراث الطبي خلدت اسم (فرويد) في ميدان الأمراض العصبية العضوية" (١٦ -ص٧) . ولهذا فقد كان فرويد" أحد أقطاب الطب الذين وجهت إليهم الدعوة ليكتبوا سيرهم العلمية ، لكي تجمع في كتاب يمثل غاية ما أحرزه الطب من تقدم .

وقد نشرت سيرة (فرويد) بقلمه في الجزء الرابع من هذا الكتاب وعنوانه (الطب في الوقت الحاضر ممثلا في السير العلمية بأقلام أصحابها) - ليبزج ١٩٢٥ . وفي كتاب فرويد "حياتي والتحليل النفسي" الكثير من التفاصيل التي تؤيد ذلك .

إلا أننا ينبغي أن نؤكد أن التثبيت على فكرة أن المنهج التجريبي هو المنهج العلمي الوحيد إنما يعتبر ضربا من التفكير الجامد الذي لا يوافق عليه علماء المناهج أنفسهم فضلا عن علماء التخصصات العلمية المختلفة وغيرهم من الباحثين والمفكرين الذين يتصفون بالمرونة والواقعية . إذ يرى كل هؤلاء - على نحو ما سبق أن ذكرنا في تعريفنا للمنهج العلمي - أن المنهج العلمي يختلف باختلاف العلوم ، وأن لكل علم منهجه الخاص الذي تفرضه طبيعة موضوعه .

فعلماء الفلك - على سبيل المثال - لم يستطيعوا حتى الآن تطويع ظواهرهم للمنهج التجريبي ، ومع ذلك فإن ما توصلوا إلى اكتشافه من حقائق وقوانين خاصة بظواهرهم تصل إلى حد كبير من الدقة والصدق ، وليس بيننا من يصف حقائقهم بالزيف لأنها لا تخضع للتجريب . بل إن التجريب كثير ما يفشل في تجنيب الباحث تأثيراته الذاتية وتشويشها للاستنتاجات والمعلومات المتعلقة بالظاهرة التي يبحثها . ويكفينا مثلا واحدا لذلك - شديد الوضوح والدلالة - هو الخاص بما زعم البروفيسير بلوندلوت M . Blondlot وقد كان فيزيائيا شهيرا في جامعة نانسي وعضوا في أكاديمية

العلوم الفرنسية . وفي عام١٩٠٢ زعم أنه اكتشف أشعة 'ن وقد كان زعمه هذا بعد كشف رويتجين Roentgen الألماني لأشعة X بستة أعوام .

يقول مصطفى زيور : " كل فتح علمي كبير يقتضي ابتكار منهج جديد ملائم لموضوع البحث . فما كان يمكن الكشف عن عالم الجراثيم وخصائصه دون ابتكار الميكروسكوب ثم ابتكارات باستور المشهورة في البكتريولوجيا . وما كان يمكن لعلوم اللغويات والأنثروبولوجيا وغيرها من علوم الإنسان أن تخطو خطواتها الحاسمة وإرساء قواعدها في نظم علمية مكينة دون اكتشافات التحليل النفسي أولا ثم اكتشاف المنهج البنياني ثانيا . وما كان التحليل النفسي أن يصل إلى ما وصل إليه من اكتشافات حاسمة في ميدان الأمراض النفسية والعقلية دون ابتكار منهج التداعي الحر وهو منهج لغوي . وقد أقام الفيلسوف الفرنسي دالبيز في رسالته المعروفة منهج التحليل الفرنسي ومذهب فرويد ، الدليل الحاسم – من وجهة نظر فلسفة العلوم ومناهج البحث – على صدق منهج التداعي الحر واتصافه بكل مقتضيات البحث المنهجي العلمي .

" أما إقحام منهج ثبت جدواه في ميدان بعينه على ميدان يختلف عنه اختلافا جذريا بدعوى أنه المنهج العلمي الوحيد ، من حيث أنه يمكننا من القياس المضبوط والحصول على نتائج كمية ، فهو مغالطة أخطر ما فيها أنها تجهل نفسها ، تجهل أنها تصدر عن موقف ميتافيزيقي ترفضه الإبستمولوجيا المعاصرة بل يرفضه منطق تاريخ المعرفة العامية . فالقول بوجود نمط واحد من الموضوعية هو نمط الموضوعية في العلوم الفيزيائية ، والإصرار على نقل هذا النمط إلى ميدان علوم الإنسان ، إنما هو قول يفترض تطابق عالم الفيزياء وعالم الإنسان وهو افتراض ميتافيزيقي ، أنه يحل وحدة النظام الفيزيائي محل كثرة التجربة وتنوعها ، على حين أنه ينبغي القيام في كل ميدان باختيار الكيان النوعي وفي اصطلاح" هو سر ل" إقامة أنطولوجيات الإقليمية .

" إن الموضوعية المطلقة لا وجود لها في نطاق المعرفة العلمية ، وإنما الأمر أمر موضعه – Objectivation لا موضوعية – Objectivity يسعى الباحث العلمي إلى تحقيق أكبر قدر متاح منها تدريجيا بصقل أساليب بحثه النوية ، بحيث تزداد الموضوعية قدر نقصان العوامل الذاتية تدريجيا كلود لفي شتروس ، مقدمة كتاب علم الاجتماع والأنثروبولوجيا لمارسيل موسى .

خلاصة القول إذن أن التطرف في التعصب للمنهج التجريبي ليس مبنيا على أساس من الفهم السليم لطبيعة المنهج العلمي ووظيفته .

ومع كل هذا فلا بد من الإشارة إلى أنه عندما تتمكن من إخضاع بعض كشوف التحليل النفسي للمنهج التجريبي يبث صدقها فسهولة استعادة الاستجابة المنطقية على نحو ما تبدو من تجارب علماء النفس السلوكيين ليست إلا تعبيرا واضحا عن ظاهرة التثبيت التي اكتشفها التحليل النفسي ، وفي إحدى التجارب "نوم برنهايم رجلا نوما مغناطيسيا ثم أمره أن يفتح مظلة في قاعة العرض بعد أن يصحو بخمس دقائق . ففعل الشخص ما أمر به دون أن يعرف شيئا مما حمله على فعله هذا" . مما يؤكد لنا موضوعية وجود عمليات نفسية لا شعورية على نحو ما أكدته كشوف التحليل النفسي . ولقد قضى كاتب هذا المقال زهاء تسع سنوات في بحثين عن سيكولوجيا الحوادث وسيكولوجيا العامل المشكل في الصناعة مستخدما أساليب المنهج التجريبي الإحصائي وضوابطه ، فإذا به يلتقي في نتائج هذين البحثين النهائية مع ما انتهى إليه التحليل النفسي بمنهجه الخاص من كشوف وتفسيرات لديناميكيات الحياة النفسية .

هذا ، ويوجه إلى منهج التحليل النفسي مأخذ ثان هو أنه لا يمكن لمشاهد آخر بخلاف المحلل أن يلاحظ كيف تجري عملية التحليل داخل جلسات العلاج ، ويستتبع ذلك صعوبة الاطمئنان والتأكد من موضوعية استنتاجات المحلل واكتشافاته .

والواقع أن هذا الانتقاد لمنهج التحليل النفسي لا يرجع لضعف لصيق بالتحليل النفسي كمنهج للبحث أو العلاج ، إن طبيعة الجلسة التحليلية هي التي تحتم ذلك . فهذه الجلسة تفقد طابعها الخاص بل وتكاد تمتنع لمجرد وجود مشاهد مع المحلل . فالمريض في مثل هذه الحالة سوف يتردد في البوح بمكنونات نفسه نظرا لعوامل الخجل والخوف والشك التي ينجح المحلل في استبعادها أثناء حضوره ، ولكن يصعب عليه ذلك في حالة حضور شخص آخر في جلسة التحليل .

والحقيقة أن المحللين يأسفون أشد الأسف لهذا القيد الذي تحتمه طبيعة جلسة التحليل النفسي ولا يجدون مفرا منه ، فهو يحرمهم من إثبات بعض حقائق التحليل النفسي ومكتشفاته الهامة أمام الغير ، لكن ما يجب أن نؤكده هو أن هذا الموقف لا ينفي

موضوعية ما يصل إليه التحليل النفسي من كشوف نتيجة لما يدور في هذه الجلسات . إن الذين ينكرون الموضوعية هنا إنما يفهمون الموضوعية في العلم قاصرة فقط على معنى ما يمكن إثباته أمام الغير ، بل هي تشمل أيضا تلك الحقائق الصادقة التي لا يمكن إثباتها إلا من جانب شخص واحد هو المعنى فقط .

ونحن ما لم نسلم بذلك فسوف نعجز عن الدراسة العلمية لكثير من الظواهر وننصرف عنها . فإذا أردت أن تعرف حقيقة ما يفكر فيه الشخص "أ" فلا سبيل أمامك إلا أن تسأله عن ذلك فيجيبك . ومهما أوتيت من أساليب فلن تستطيع معرفة ذلك إلا بهذه الوسيلة ، فلم يوجد حتى الآن ذلك المنظار الذي تستطيع أن تنظر به إلى رأس الشخص فترى به ما يجول فيه من تفكير ويمكنك به أن تدع غيرك ليتأكد هو الآخر . معنى ذلك أنك لن تستطيع التأكد من أنه صادق أو غير صادق . ولذا فلا سبيل أمامك إلا اصطناع بعض الأساليب غير المباشرة لتجعلك أكثر اطمئنانا إلى موضوعية الشخص فيما أخبرك به ، مثل معرفتك السابقة عن مدى اتصافه بالصدق أو الكذب في إجابته لهذا السؤال بالذات . . الخ . ومن الجدير بالذكر أن قسما كبيرا من الاختبارات النفسية توضع على هذا الأساس المنهجي (كاستبيانات وقوائم الشخصية) ، بالإضافة إلى أن كثيرا من البحوث الميدانية في علم النفس وعلم الاجتماع تعتمد على هذا الأسلوب أيضا دون أن تلقى كل هذه المقاومة وذلك الاعتراض .

ولكن مما يجدر ذكره – بهذا الصدد – أن التحليل النفسي وصل إلى أهم كشوفه أو دلل عليها خارج جلسات التحليل النفسي من المرضى والأسوياء على حد سواء ، ثم طبقها ولاحظها سافرة ومضخمة داخل هذه الجلسات ففرويد لم يكف عن مطالبة الناس بالخلو إلى أنفسهم بمثل ما كان يفعل هو محاولين مكاشفه أنفسهم وتحليل هفواتهم وأحلامهم وسلوكهم ليتأكدوا من صدق ما وصل إليه .

كما أقام الدلائل الكثيرة من حالات سوية ومرضية في العلم البدائي وفي العلم المتحضر على صدق ما جاء به من كشوف واستنتاجات . ونجد ذلك شائعا في معظم كتاباته وخاصة في كتبه الثلاثة " تفسير الأحلام" و" علم النفس المرض للحياة اليومية" و"محاضرات تمهيدية في التحليل النفسي" .

هناك انتقاد ثالث يوجه إلى منهج التحليل بدعوى أنه أتي بكشوفه

واستنتاجاته من دراساته للمرضى النفسيين وقام بتعميمها على الأسوياء مما أوقعه في خطأ منهجي كبير .

إن الذين يزعمون هذا الزعم ليسوا على وعي كاف بتطور نشأة التحليل النفسي وتاريخ مكتشفاته . وأغلب الظن أنهم لم يقرأوا الكتابات الأساسية التي قدمها فرويد وتلاميذه . ولعل الفقرة الأخيرة الواردة في مناقشتنا للانتقاد الثاني تدلل على ذلك . وبالإضافة إلى هذا فإن القوانين التي تحكم الحياة النفسية في سوائها هي نفسها التي تحكمها في مرضها تماما كما نجد أن ديناميات القلب وقوانين تشغيله هي نفسها في صحته ومرضه . وعلاوة على كل ذلك فإن الخط الفاصل بين سواء النفس ومرضها ليس بالوضوح الذي يتصوره البعض ، وإنما سواء النفس ومرضها أمر نسبي في حقيقته ، فإلى أي حد هذا الشخص مريض نفسيا وإلى أي حد هو سوي .

كثيرا ما يوجه انتقاد رابع إلى منهج التحليل النفسي يوحي إلى مريضه بالأفكار التي يبحث عنها المحلل ، فيلجأ المريض إرضاء لمحلله إلى الانسياق وراء إيحاءات والاستجابة لها .

لا شك أن هذا الانتقاد افتراء واضح على التحليل النفسي . ويعلم دارسو التحليل النفسي أن القاعدة الأساسية لعملية التحليل هي عدم الإيحاء للمريض بأي شيء سوى أن يذكر المريض كل ما يرد على باله أثناء الجلسة دون انتقاء أو استبعاد أو خوف أو خجل . ويزداد المحلل حيطة فلا يشير إلى مريضه بتفسير ما وصل إليه لعرض أو حلم أو أي سلوك حتى تكتشف متداعيات المريض نفسه للمريض نفسه حقيقة الأمر . فإذا بالمريض نفسه يقوم بالاعتراف بها والوصول إلى تفسيرها . وقد يقتضي الأمر من المحلل الذي غالبا ما يصل إلى التفسير والفهم قبل المريض ، أن ينتظر لعدة جلسات حتى يصل المريض نفسه إلى التفسير والفهم . بل إن سرعة المحلل في تقديم التفسير قبل أن يصل إليه المريض بنفسه أو قبل الوقت المناسب والذي يكون فيه المريض على وشك الوصول إلى التفسير ، نقول إن سرعة المحلل في تقديم التفسير في هذه الحالة مضر بسير عملية التحليل بل إنه يهدد بإفسادها وقطعها تماما .

ويمكننا أن نزيد على ذلك ما هو معروف من أن المحللين النفسيين إذا تبين لهم أن مرضاهم يقرؤون في التحليل النفسي فإنهم ينصحونهم بتأجيل ذلك حتى ينتهون من

عملية تحليلهم تماما . والسبب الأساسي لموقف المحللين هذا خشيتهم أن يقوم ما هو مكتوب في التحليل النفسي بالإيحاء ولو غير المباشر إلى المرضى بما ينبغي عليهم أن يذكروه أثناء جلسات التحليل فيبدؤوا في انتقاء ما يدلون به من متداعيات فتنكسر القاعدة الأساسية في التحليل النفسي والتي تقتضي إطلاق العنان للتداعي .

هناك انتقاد خامس يدعي أن العلاج بطريقة التحليل النفسي لا يؤدي إلا إلى شفاء نسبة ضئيلة في المقارنة بنسبة الشفاء في الحالات التي تعالج جسميا .

ولا شك أن المقارنة الواردة في هذا الانتقاد مقارنة ظالمة أولا لاختلاف نوعية المرض الذي يعالج بالتحليل النفسي عن نوعية هذا الذي يعالج بالعلاج الجسمي ، وثانيا لأننا نجد كثيرا من الأمراض يفشل فيها العلاج الجسمي فشلا كبيرا في المقارنة بالفشل في حالات العلاج التحليلي كما هو الحادث في بعض أمراض السرطان وضغط الدم والدرن الرئوي والأمراض المزمنة عموما ، ومع ذلك فإن أساليب علاج هذه الأمراض لا تعارض بل إنها تلقى القبول ، لأن نسبة نجاح العلاج مهما كانت ضئيلة فهي مكسب تحصله البشرية ينبغي لها التمسك به لا التخلي عنه طلبا لنجاح أكبر قد لا تصل إليه البشرية قبل أحقاب طويلة ، وثالثا لأن المريض لا يلجأ إلى العلاج بالتحليل النفسي إلا بعد أن يفشل في العلاج بمختلف الأساليب الجسمية والنفسية الأخرى ، أي عندما يكون مرضه أكثر مقاومة للشفاء وأكثر أزمانا . ويضاف إلى كل هذا أنه ليست بين أيدينا في الوقت الحالي بيانات إحصائية يمكن الوقوف فيها على مقارنة نسبة نجاح العلاج بالتحليل النفسي بالنسبة المقابلة للنجاح في العلاج الجسمي للأمراض المختلفة .

ولعل من الجدير بالذكر ما نلاحظه هذه الأيام من تزايد نسبة حالات الأمراض الجسمية التي أصبحت تستعصي على أساليب العلاج الجسمي ، مما أجبر الطب أخيرا (منذ الثلاثينات هذا القرن فقط) ، أن يلتمس لبعضها أساسا نفسيا فعثر عليه لدى المحللين النفسيين ، وأفرد له تصنيفا خاصا بين الأمراض هو المعروف بالأمراض السيكوسوماتية (أي الأمراض الجسمية ذات السبب النفسي) . مثل كثير من أمراض الجهاز الهضمي وأمراض الحساسية والسكر وضغط الدم وما إليها . "أن التأمل يعود بالذاكرة إلى قول أفلاطون (وما ينبغي لك أن تحاول شفاء الجسم دون شفاء للروح ،

وأن ذلك هو السبب في أن شفاء الكثير من الأمراض يمتنع على أطباء اليونان ، لأنهم يغفلون الكائن بوصفه كلا ، ذلك أن الجزء لا يمكن أن يكون سليما . إلا إذا كان الكل سليما . وأن أكثر الخطأ في أيامنا هذه في علاج الجسم أن الأطباء يفصلون بين الجسم والنفس) . . لقد اقتضى الأمر أكثر من ألفي سنة حتى يقوم الدليل العلمي على صحة هذه الحقائق الإنسانية" .

- انتقادات التحليل النفسي من حيث قضاياه ومكتشفاته :

فإذا ما انتقلنا إلى الانتقادات التي توجه إلى قضايا التحليل النفسي ومكتشفاته وجدنا أن أغلبها قائم على التسليم بعدم علمية منهج التحليل النفسي ، هذا التسليم لا بد وأن يتبعه رفض للاستنتاجات والقضايا والحقائق التي تم اكتشافها أو إقامة الدليل عليها . وفي نفس الوقت لنا أن نتوقع أن يحدث العكس ، بمعنى أن قناعة الفرد ببطلان استنتاج من استنتاجات التحليل النفسي قد يؤدي به إلى التشكك في منهج التحليل النفسي ذاته بحجة أن هذا المنهج أدى إلى استنتاجات باطلة .

هذا ، ويمكن أن نستعرض فيما يلي أهم ما يوجه إلى التحليل النفسي من انتقادات تتعلق بقضاياه ومكتشفاته مع مناقشة تتلو كلا منها :

٥- اكتشاف التحليل النفسي للاشعور وإعطاؤه أهمية كبيرة في الحياة النفسية للإنسان . وهذا شيء ضد المنطق .

وإذا أردنا الدقة فإن التحليل النفسي لم يكن هو الذي اكتشف اللاشعور ، بل هو الذي اقره وأقام الدليل الحاسم على وجوده ونبه إلى أهميته ودوره الأساسي في الحياة النفسية ، ودافع عن كل ذلك في جرأة شديدة .ذلك أن كثيرا من قضايا التحليل النفسي قد سبق إلى اكتشافها هؤلاء الذين أوتوا موهبة النفاذ إلى أعماق الحياة النفسية عن طريق الحدس السليم والحس المباشر الصحيح ، وإن كانوا لم يستطيعوا أو لم يهتموا بإقامة الدليل المقنع على صدق حسهم وحدسهم ، مثل الشعراء والفلاسفة وأصحاب الحكمة الشعبية وذوي الفكر الصافي من العلماء .

لقد سبق أن نبه الفيلسوف الألماني شوبنهور من قبل فرويد بأكثر من نصف قرن إلى أهمية اللاشعور وسطحية الشعور . ومن آرائه :" أن الشعور هو مجرد السطح بالنسبة

لعقولنا ، التي لا نعرف بداخلها . كالكرة الأرضية لا نعرف منها إلا ما هو على سطحها" .

مما يدل على وجود اللاشعور أبلغ تدليل ما يلاحظ من التزام بعض المرضى النفسيين القيام بأعمال حوازية متكررة ليس لها من معنى منطقي مقبول حتى من جانبهم أنفسهم . مع أنهم يضيقون بهذه الأفعال إلا أن ضيقهم يبلغ مداه إن حيل بينهم وبين إنجازها ، مما يشير إلى وجود عمليات نفسية لا يفهمونها تقهرهم على إتيان الأفعال . وبلغة التحليل النفسي توجد عمليات نفسية لا شعورية ، ودوافع نفسية لا شعورية تجبرهم على ذلك . ولا سبيل إلى فهم هذا كله إلا بالكشف عن مكنونات لا شعورهم وما تجري به عمليات نفسية بعيدة عن إدراكهم ووعيهم .

ويعلق الدكتور سامي محمود على ، على قضية اللاشعور بقوله :" ولا يتخيلن امرؤ أن التحليل النفسي موضوعه دراسة اللاشعور وأن الشعور موضوع علم نفس آخر . فالواقع أن التحليل النفسي ، وإن قام على معارضة التيارات السيكولوجية السائدة في القرن التاسع عشر إلا أنه يدخل الشعور في دراسته بل ويدرسه في علاقته باللاشعور . ويمكن القول عامة أن موضوع التحليل النفسي ليس هو الشعور واللاشعور . بل هو الإنسان في شمول إنسانيته من حيث وحدة بيولوجية اجتماعية ذات تاريخ" .

٦- هناك مأخذ ثان على التحليل النفسي هو المتعلق بإقراره بوجود دوافع جنسية في الطفولة ، بعكس ما هو معروف عن الطفولة البريئة .

وليس التحليل النفسي أول من كشف عن هذه الحقيقة ، فقد كان دوره بالنسبة لها كدوره بالنسبة للاشعور كما سبق أن ذكرنا . ومن الإنصاف لفرويد أن نعلم أنه كان من التواضع والموضوعية بحيث لم يدع لنفسه كشفا علم أن غيره سبقه إليه ، بل كان يبين بكل تواضع أن دوره في مثل هذه الحالات لم يكن أكثر من دور من يقرر شيئا سبق اكتشافه ويقيم الدليل عليه ويعمقه ببحوثه ودراساته . وفي هذا الصدد يقول فرويد : " وسأحدثكم الآن عن أوضح ما يبدو من أوجه النشاط الجنسي عند الطفل وأن أوجه النشاط الجنسي عند الرضيع تفتح للتأويلات ميدانا لا حد له كما سترون في غير عناء . ولا شك في أنها ستكون مثارا لاعتراضات منكم . . أن المظاهر الأولى التي تبدو بها

الجنسية عند الرضيع ، تتصل بوظائف أخرى حيوية هامة . فالرضيع كما تعرفون ينصب اهتمامه الرئيسي على الرضاعة حتى إذا نال حظا موفورا منها فأخذه النوم على صدر أمه ، بدت عليه من إمارات الرضا والارتياح ما سوف تبدو لديه فيما بعد من حياته حين يقضي لبانته من الإشباع الجنسي على أن هذه الظاهرة لا تكفي أن تكون أساسا تبنى عليه نتيجة . لكن المشاهد المعروف أن الرضيع ينزع دائما إلى أن يكرر الحركات التي تقترن عادة بعملية الرضع ، لا لأنه في حاجة إلى التغذية بالفعل ، بل لمجرد القيام بهذه الحركات ، فنقول عنه في هذه الحالة أنه " يتمصمص" . وإنه ليمضي في فعله هذا حتى يحتويه النوم مرة أخرى هانئا مغتبطا ، مما يحملنا على أن نرى أنه يجد في هذا التمصمص ، في ذاته لذة وسرورا وسرعان ما ينتهي به الأمر ألا يستطيع النوم دون أن يتمصمص . لقد كان الدكتور لندنر Lindner طبيب الأطفال ببودابست أول من أكد الطبيعة الجنسية لهذه العملية" .

٧- كثيرا ما يؤخذ على التحليل النفسي أنه يعزو كل سلوك الإنسان إلى الدافع الجنسي وحده ، حتى أحلام الإنسان ومرضه النفسي .

وهذا الانتقاد يتضح فيه الافتراء على التحليل النفسي أو الجهل بما قال به . ففرويد كما نعلم أبرز دور الجنس ، لكنه لم يقل بأنه الدافع الوحيد عند الإنسان بل أضاف إليه دافعا في مثل قوته هو دافع العدوان . وفي كتابه " ما وراء مبدأ اللذة" أوضح فرويد نظريته في الغرائز وأقر بوجود غريزتين أساسيتين هما غريزة الجنس وغريزة العدوان . ومن الضروري أن نعلم أن فرويد لم يقصد بغريزة الجنس أو الحب بمعناه الضيق الشائع بين غير ذوي الاختصاص بل قصده بمفهومه الواسع الذي يشمل كافة نزعات الحب والبناء والرغبة في المحافظة على الذات وعلى الآخرين وإسداء المعونة والمساعدة لهم : في حين أن غريزة العدوان تشمل كافة النزعات التي تهدف إلى الأضرار بالذات وبالآخرين والاعتداء عليهم والكراهية لهم . هذا علاوة على أن التحليل النفسي قد أكد على أن السلوك الواحد نادرا ما يكون صادرا عن مزيج من الدافعين معا وإن تفاوت وزن كل منهما في كل حالة عن الأخرى

وهكذا ، فإن التحليل النفسي لم يقل بوجود دافع واحد أو غريزة واحدة بل قال

بعدد غير محدود من النزعات الغريزية التي يمكن في نهاية الأمر تجميعها في غريزة الجنس (أو الحب أو الحياة) وغريزة العدوان (أو التدمير أو الموت) . والنظرة الفاحصة المتأنية ستثبت لنا إمكانية إدخال أي نزعة إنسانية تحت واحدة من هاتين الغريزتين . كما أن نظرة شاملة لما يحدث في عالمنا اليوم وحدث فيه بالأمس من انتشار للتوتر والحروب بين الجيران وغير الجيران من الدول ، وتعرض العالم لحربين طاحنتين خلال ربع قرن من الزمان ، وفشل محادثات نزع السلاح ، واستنزاف الدول الغنية المستمر لاقتصاديات الدول الفقيرة ، وكل ذلك ولا شك يؤكد أن التحليل النفسي على حق في نظرياته الخاصة بما تنطوي عليه النفس البشرية من نزعات ، ودوافع عدوانية إلى جانب نزعات الحب والبناء فيها ، والتحليل النفسي عندما يكشف الغطاء عن حقيقة ما يعتمل داخل النفس البشرية من نزعات ، لا يدعو بذلك - كما قد يفهم البعض - إلى الاستهتار بالقيم الخلقية ، بل هو يمد هذه القيم بأساسها العلمي وينير لها الطريق نحو فهم أفضل ، وبالتالي نحو سياسة أفضل لهذه النزعات وتلك الدوافع .

٨- يعيب البعض على التحليل النفسي أنه يهمل دور العوامل البيئية ، في حين يعيب عليه آخرون أنه يهمل دور العوامل الوراثية .

ومن الطريف أن هذين النقدين اللذين جمعنا بينهما الآن على تناقضهما ، يثبتان مغالاة نقاد فرويد والتحليل النفسي فيما يذهبون إليه من نقد ، حتى إنه عندما يثبت دور العامل البيئي في موقف سارعوا إلى اتهامه بإهمال العامل الوراثي ، وعندما يثبت دور العامل الوراثي في موقف آخر سارعوا إلى اتهام العامل البيئي . والواقع أن فرويد والتحليل النفسي ، بل وأي نظرية أخرى إذا ما أثبتت شيئا فليس معنى ذلك أنها لا بد وأن تنفي الشيء الآخر ما لم تقل النظرية صراحة بذلك ، وإلا كنا نتقول عليها . وفي محاضرته الثالثة والعشرين بعنوان " كيف تتكون الأعراض" يوضح فرويد بما لا يدع مجالا للشك إيمانه بتأثير كل من العامل الوراثي والعامل البيئي في الشخصية . ويشرح ذلك فيما يعرف بسلاسل التتام (بمعنى حدوث تتام بين العامل الوراثي والعامل البيئي في إحداث المرض النفسي ، فإذا كان أحدهما ذا تأثير كبير فإن الآخر يؤثر حتى لو كان تأثيره ضعيفا نسبيا) . وفي هذه المحاضرة يقول فرويد : " وعلى هذا فتثبيت الليبدو لدى الراشد الكبير - وقد أشرنا إلى أنه يمثل العامل الجبلي في نشأة الأمراض النفسية -

يمكن أن نرده الآن إلى عاملين آخرين . الاستعداد الموروث من جهة ، والاستعداد المكتسب في الطفولة المبكرة من جهة أخرى .." .

٩- يعترض البعض على كشوف التحليل النفسي التي يرى فيها الشخصية متضمنة لدوافع متناقضة وجوانب متصارعة هي دوافع وجانب الهو - والأنا - والأنا الأعلى ، بينما فكرة التناقض داخل الكيان الواحد لا تتفق مع المنطق .

إن فكرة الصراع والتناقض داخل الكيان الواحد أصبحت واسعة القبول والانتشار بعد أن استطاع الفكر الهيجلي وأصحاب المادية الجدلية التدليل على صدقها هذا علاوة على أن كل من أتيحت له فرصة لتحليل بعض جوانب نفسه ونفوس الآخرين يتبين بوضوح انطواء النفس على هذا التناقض حتى على المستوى الشعوري نفسه ، تماما كما تنطوي دينامية الإنسان البيولوجية على العمليتين المتناقضتين الشهيرتين ، أعني بهما عملية الهدم وعملية البناء . إذن ففكرة التناقض داخل النفس الواحدة واحتوائها على دوافع وجوانب متصارعة فكرة مقبولة في حد ذاتها ، مؤيدة من الخبرة المباشرة بما لا يدع مجالا للشك . أما فكرة عدد هذه الدوافع المتناقضة ومسبباتها وعدد جوانب النفس المتصارعة ومسمياتها ، وما إلى ذلك من أمور تفصيلية تتعلق بالصراع والتناقض فيمكن أن يختلف عليها من شاء ، فهي فروض أقرب للفروض الفلسفية التي تعين على الفهم دون أن تقيده .

وبهذا الصدد يقول فرويد : " وفي المؤلفات التي تمت في الأعوام التالية : (ما فوق مبدأ اللذة ، نفسية الجماعة وتحليل الأنا ، والأنا والهو) وأطلقت العنان للميل إلى التفلسف الذي كبحته زمنا طويلا ، وأعملت فكري في حل لمشكلة الغرائز" كما قال : "ويكفي أن نذكر أنه بدا لي أمرا مشروعا أن الحق بالنظريات التي كانت تعبيرا مباشرا عن الخبرة ، فروضا غرضها أن تعيننا على فهم الوقائع . فروضا متعلقة بأمور لا يمكن أن تخضع للملاحظة والمباشرة . وليس هذا بدعا فقد نهجت العلوم السابقة نفس النهج . أن تقسيم اللاشعور بدوره يرتبط بمحاولة تصوير الجهاز النفسي بوصفه يأتلف من عدد من النظم الوظيفية تعبر عن علاقاتها المتبادلة بعبارات مكانية ، دون أن يعني ذلك بطبيعة الحال أنه تقسيم يستند إلى التشريح الفعلي للمخ . (أطلقت على هذه الطريقة في تناول

الموضوع – الطريقة الطبوغرافية) . هذه الأفكار بمثابة بناء نظري إضافي للتحليل النفسي ، يمكن لأي جانب منه أن يترك أو يعدل دون خسارة أو أسف حالما نتبين عدم صلاحيته .

١٠- هناك انتقاد آخر يشيع بين كثير من المفكرين والمثقفين بدعوى أن التحليل النفسي علم مثالي يأهمل شأن المادية الجدلية في الحياة النفسية .

إن الافتراء على التحليل النفسي ووصمه بالمثالية لإهماله تأثير العامل الاقتصادي على البناء النفسي للإنسان مرده إلى عدم استقامة فهم كل من المادية والمثالية . فليس صحيحا أن النظرية المادية تهمل كل عامل إلا العامل الاقتصادي ، وإن كانت تعطيه بلا شك أهمية أكبر من غيره ، لكن ليس بمعنى إهمال كل شيء ما عداه إنكاره . ففي مقال الدكتور عابد الجابري (أحد أتباع المادية الجدلية بالمغرب) عن " التاريخ والفلسفة" يقول : "فالشيء المادي لم يعد جسما صغيرا كحبة الرمل ، بل أصبح نشاطا وطاقة أن التصنيف المشهور الذي ألح الذي يقسم الآراء والنظريات إلى مثالية ومادية صحيح إذا أخذناه كأداة منهجية . ولكن إعطاء مضمون ما للمثالية أو للمادية يجب أن نعتمد فيه على المرحلة التاريخية والأهداف الإيديولوجية ، فما نسميه بالنزعة المثالية قد تكون تقدمية تخدم أهداف المستقبل والطبقات المحرومة وقد تكون رجعية تخدم الايدولوجيا الاستغلالية وذلك حسب اختلاف الظروف والملابسات التاريخية والاجتماعية وكذلك الشأن بالنسبة للنزعة المادية" ، ويقول بعد ذلك في نفس المقال ."وفي هذا المجال يجب أن نعطي للدين كعقيدة تغلغلت في صفوف الجماهير حتى أصبحت قوة مادية مكتسحة الدور الذي يستحقه في إحداث التاريخ الإسلامي ومسلسل تطوره ويجب ألا نغفل دور الدين بدعوى تجنب السقوط في المثالية فهذا كلام فارغ وشعار أجوف" .

ولكي نستكمل مناقشة هذا النقد للتحليل النفسي يحسن أن نلجأ إلى ما قاله فرويد نفسه عن المادية الجدلية (الماركسية) في محاضرته الخامسة والثلاثين التي عنوانها ' النظرة إلى الكون" بعد أن يعترف فرويد صراحة بأسفه لقصور معرفته الماركسية يقول : ' إن بحوث (كارل ماركس) في البناء الاقتصادي للمجتمع ، وفي تأثير الأشكال المختلفة للتنظيم الاقتصادي في كل أقطار الحياة الإنسانية قد أصبح لها اليوم نفوذ

لا يمكن أن يجحد .. من الجلي أن قوة المذهب الماركسي لا تقوم على نظرته إلى التاريخ أو على التنبؤات المستقبلية التي يبنيها على هذه النظرة ، بل على إدراكه الواضح لفعل الظروف الاقتصادية وتأثيرها الحاسم في الإنتاج الفكري والفني والخلقي للإنسان . وهكذا أميط اللثام عن طائفة بأثرها من الصلات والتابعات العلية التي كادت تكون مجهولة إلى هذا العهد . غير أنه لا يمكن التسلم بأن الدوافع الاقتصادية هي الدوافع الوحيدة التي تحتم سلوك الناس في المجتمع . فمما لا مراء فيه أن مختلف الأفراد والشعوب والسلالات لا يكون سلوكها واحدا في نفس الظروف الاقتصادية . رهن بذاتها على أن العامل - الاقتصادي لا يمكن أن يكون العامل الحاسم الوحيد ، بل المحال أن نفهم كيف يغض النظر عن العوامل النفسية حين يتعلق الأمر باستجابات كائنات بشرية حية ، لأن العوامل لا تساهم في إقامة الظروف الاقتصادية فحسب ، بل تحدد كذلك أفعال الناس ، فالإنسان لا يستطيع أن يعمل ، حتى وهو يمتثل لهذه الظروف ، إلا بدافع نزعاته الغريزية : كغريزة المحافظة على النفس ، وحب العدوان ، والحاجة إلى الحب ، وهذا إلى ما لديه من دافع إلى التماس للذة وتفادي الألم " .

ومن أقوال فرويد هذه وتعليقاته على الماركسية يتبين بوضوح تقدير فرويد واعترافه بأهمية العامل الاقتصادي في توجيه السلوك وتشكيل سمات الشخصية ، لكنه ينكر أن يكون هو العامل الوحيد . " ومن الإنصاف لماركس أن نقرر أن ما يأخذه فرويد عليه من إغفال دوافع الإنسان الغريزية يمكن الإجابة عنه بقول ماركس (أنني لست ماركسيا) وهو يعني بذلك من غير شك أن باب الاجتهاد لم يقفل ولا ينبغي له أن يقفل" .

١١- هناك انتقاد آخر يوجه إلى شخصية فرويد بشكل مباشر ، إن قصدت به أيضا مكتشفاته وآراؤه بشكل غير مباشر ، هذا الانتقاد هو ادعاء البعض أن فرويد كان مولعا بابتداع الأفكار الغريبة وترويجها حبا للظهور ، كما كان مستبدا برأيه جامدا عليه يضيق بمن يعارضه أشد الضيق حتى أنه لم يبق له في النهاية من تلاميذه وزملائه إلا من ارتضوا السير وفق هواه وتبني أفكاره .

الفصل السابع
الاختبارات والمقاييس النفسية

عناصر الفصل السابع :

- مقدمة
- الشروط الواجب توفرها في الاختبارات النفسية
- أولا : الاختبارات الإسقاطية
- مفهوم الاختبارات الإسقاطية
- نبذة تاريخية عن ظهور الإسقاط
- خصائص الاختبارات الاسقاطية
- أنواع الطرق الإسقاطية
- نماذج من الاختبارات الاسقاطية
- اختبار تداعي الكلمات
- اختبار تكملة الجمل الناقص
- اختبار تفهم الموضوع (التات) T .A .T .
- اختبار تفهم الموضوع للأطفال
- اختبار الرورشاخ
- اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص H .T .P .
- اختبار زوندي الإسقاطي
- اختبار "روزنزفايج " للإحباط الصور
- ثانيا : اختبـــارات الشخصية
- اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية M .M .P .I

- مقياس ماير بيرجز للشخصية
- قائمة أيزنك للشخصية
- مقياس ودوورث للانحرافات العصابية
- اختبار الشخصية السوية (كاليفورنيا)
- اختبار الشخصية (كاليفورنيا) للأطفال
- اختبار الشخصية (بيرنرويتر)
- اختبار جيلفورد للشخصية
- اختبار كورنيل فى الشخصية
- مقياس التحليل الإكلينيكي للشخصية **Caq**
- اختبار المسح السيكولوجي

الفصل السابع
الاختبارات والمقاييس النفسية

مقدمة :

في هذا الفصل سيتم تناول موضوع الاختبارات والمقاييس النفسية باعتبارها الأدوات التي يعتمد الأخصائي النفسي في تعامله مع بعض الحالات وبالطبع لكل اختبار هدف وطريقة تطبيق وتصحيح تختلف عن بقية الاختبارات الأخرى .

ولذا سيتم تناول هذا الفصل الشروط الواجب توفرها في الاختبارات النفسية ، كما يتم تناول الاختبارات الإسقاطية من حيث تاريخ تطورها ومفهومها وأنواعها ويتم تناول نماذج للاختبارات الإسقاطية وشرح الاختبار وأبعاده المختلفة وطريقة تصحيحه ، كما سيتم تناول اختبارات الشخصية ويتم شرح كل اختبار وطريقة تصحيحه .

الشروط الواجب توفرها في الاختبارات النفسية :-

١ـ الصدق .
٢ـ الثبات .
٣- الموضوعية .
٤ـ الحساسية .

وتنقسم الاختبارات النفسية إلى اختبارات إسقاطية واختبارات شخصية أو مقاييس عقلية وسيتم الحديث عن هذين النوعين من الاختبارات والتي نعتمد عليها في الدراسات الإكلينيكية :

وسوف نبدأ الحديث عن الاختبارات الإسقاطية :

أولا : الاختبارات الإسقاطية :

ـ مفهوم الاختبارات الإسقاطية Projective Test :

ظهر لأول مرة لفظ "إسقاط" في علم النفس عند (فرويد) وذالك في مقالة له عن عصاب القلق ، سنة ١٨٩٤ حيث أوضح أن عصاب القلق يظهر عندما تشعر الذات

بعجزها عن السيطرة على المثيرات الجنسية ، وفي هذه الحالة تسلك النفس وكأنها تسقط هذه المثيرات على العالم الخارجي .

وفي سنة ١٩٣٩ وصف (لورنس فرانك) الاختبار الإسقاطي بوصفه وسيلة لدراسة الشخصية ، فالفرد حينما يستجيب لمثيرات غير متشكلة ومبهمة إلى حد ما فإنه يستجيب للمعنى الذي يضيفه عليه المنبه بشكل من أشكال الفعل أو الوجدان الذي يعبر فعلا عن شخصيته لا ما قد سبق للفاحص أن قرره تعسفا .

ويعرف (سيد غنيم ١٩٧٥) الاختبارات الإسقاطية على أنها وسيلة غير مباشرة للكشف عن شخصية الفرد ، ولمادة الاختبار من الخصائص المتميزة ما يجعلها مناسبة لأن يسقط عليها الفرد حاجته ودوافعه ورغباته وتفسيراته الخاصة دون أن يفطن لما يقوم به من تفريغ وجداني وتجدر الإشارة إلى أن مفهوم الإسقاط في الاختبارات الإسقاطية يختلف عن معناه لدى (فرويد) فهو لا يتضمن بالضرورة عمليات لا شعورية ، فالاختبار الذي يتيح للفرد التعبير عن عالمه غالبا ما يؤدي إلى أن يعبر الفرد بمادة شعورية عن الخبرات والميول المعروفة للشخص .

"يعد الإسقاط إحدى العمليات الدفاعية التي يعزو بها الفرد دوافعه وإحساساته ومشاعره إلى الآخرين أو إلى العالم الخارجي؛ ويعد هذا بمثابة عملية دفاعية تتخلص بها الأنا من الظواهر النفسية غير المرغوب فيها التي - إن بقيت - سببت الألم للأنا" (سيد غنيم ؛ هدى برادة ، ١٩٧٥ ، ٤) .

ويستعمل مصطلح الإسقاط في علم النفس وعلم وظائف الأعضاء العصبي لتعيين العملية التي ينتقل فيها حدث عصبي أو نفسي إلى الخارج . والإسقاط كلمة شائعة الاستعمال في العديد من العلوم (الفيزياء الرياضيات واللسانيات وفي علم الأعصاب) .

وفي علم النفس يعني الإسقاط كما قال به فرويد وهو تلك العملية التي يطرح فيها الشخص خصائص ومشاعر ورغبات ومواضع عن ذاته ويلقي بها على الآخرين وما يطرحه الشخص هنا أشياء يجهلها أو يرفض تواجدها قيه .

فالإنسان في مواقف الحياة قد يتخذ شخصا على أنه شخص آخر فنقول مثلا أن يسقط صورة الأب على صورة رئيسه في العمل ، والإسقاط يقابله التحويل في العلاج

النفسي التحليلي فعندما يعطي الشخص الآخرين ميولات ورغبات يرفضها في ذاته يقترب إلى ما يسمى الإسقاط .

كما اعتقد سيجموند فرويد Freud "أن الناس يستطيعون دائما إسقاط الإدراكات والانفعالات والأفكار على العالم الخارجي دون وعي منهم بذلك من خلال الاختبارات الإسقاطية" .

وقد وضعت هذه الاختبارات بحيث تفتح عالم المشاعر والدوافع اللاشعورية . وتتطلب هذه الاختبارات من الناس أن يستجيبوا إلى مثير غير محدود وغامض نسبياً . (دافيدوف ، ١٩٨٣ ، ص٥٧٨) .

إنها "تكشف عما يعتمل في نفس المفحوص من مشاعر وانفعالات يُسقطها بطريقة لا شعورية غالبا فيما يقدمه من مادة ، كما تكشف عن العوامل الديناميكية في الشخصية ، وما وضعت الاختبارات الإسقاطية إلا للتغلب على بعض العوائق التي تحول دون التعبير الصريح ودون ظهور عوائق شعورية من جانب المفحوص" (سيد غنيم ؛ وهدى برادة ، ١٩٧٥ ، ٣٧) .

كما يعرف الاختبار الإسقاطي بأنه "موقف أو حالة قياسية standard situation يُسأل عنها المستجيب ليعطي استجابات ، مع بعض القيود restriction ما أمكن ، فضلا عن أسلوب الاستجابة mode of response " .

مثال على ذلك : يمكن أن تقدم الصورة الغامضة مع الطلب الآتي؛ "حدثني عن هذه" ويفترض أن الموقف والطلب لا يعيّن الاستجابة .

إذ يفترض أن ميول الفرد الثابتة enduring propensities ، ومزاجه في اللحظة الراهنة -لحظة إجراء الاختبار- current mood سوف تحدد الاستجابة . وقد تكون المواد المستخدمة في الاختبار الاسقاطي عبارة عن بقع حبر أو أدوات لعب أو رسوم أو جمل غير مكتملة أو صور أو غيرها . وعادة تحلل الاستجابات لمعرفة خصائص الشخصية characteristics personality غير أنها قد تكشف أيضا عن أشكال معينة من الإدراك certain modes of cognition .

ويتطلب تفسير الاستجابات الكثير من التدريب (Murstein, 1965, 1) . وقد استخدم فرويد مصطلح الإسقاط بصفته نوعا من الحيل اللاشعورية التي ترمي إلى

طرد الأفكار الغير مقبولة من الذات ونسبتها إلى موضوع آخر في العالم الخارجي . فعندما نقول مثلا: أن شخصا يسقط نفسه في حكاية يرويها ، فإننا نعني أنه يتكلم عن بطل الحكاية كما لو كان هو نفسه هذا البطل ، من غير أن يدري ، وكما لو كان مضمون الحكاية إليه أو بمعنى آخر أنه يخلع رغباته ومخاوفه المكبوتة على بطل الحكاية . وتعتمد الاختبارات الإسقاطية على هذا الأساس ، فهي تهدف إلى أن يعطي الفرد تقويما لصفاته دون أن ينتبه إلى أنه يفعل ذلك .

ولذلك فهي تختلف عن اختبارات الشخصية الموضوعية التي تعتمد على المواجهة الصريحة لمشاكل الشخصية عن طريق الأسئلة المباشرة .

وما دام الناس لا يجيبون بصدق عندما يأخذون حذرهم ، فلنحاول الإمساك بهم من حيث لا يدرون وهذا هو هدف الاختبارات الإسقاطية .

ففي هذه الأخيرة لا يسأل الشخص مباشرة عن نفسه وإنما يسأل أن يفعل شيئا مختلفا ، كأن تطلب منه بعد أن تريه صورة معينة أن يحكي قصة تدور حول الموقف الذي توضحه الصورة ، مفترضين أنه سيكشف عن غير قصد في حكايته للقصة عن ما بداخل نفسه .

ومن المحتمل أن يكون ما يكشف عنه بهذه الطريقة أقرب إلى الحقيقة مما يقدمه مباشرة .

استخدم فرانك مصطلح الإسقاط عام ١٩٤٠ ليشير به إلى الاختبارات التي هي من قبيل الرورشاخ . وكلمة الإسقاط في الحقيقة تشير إلى جملة من المعاني المتميزة .

فالإسقاط عن فرويد هو ميكانيزم دفاعي محدد ينحصر في أن يلصق الإنسان بغيره مشاعره الأليمة ودوافعه الغريزية المستهجنة . ونجد أن هذا النمط من الدفاع القائم على طرد الأفكار غير المقبولة من الذات إلى العالم الخارجي أنموذجه الجسماني الأول في عملية بصق الفم للأشياء الكريهة . فالجندي المقاتل الذي يستشعر مشاعر الخوف قبل بدء المعركة ، ويرفض لنفسه أن يستشعر الخوف من القتال فيتصف بالجبن ، قد يدافع عن نفسه ضد هذه المشاعر بأن يسقطها على زميله فيبدو له هذا الزميل وكأنه شاحب اللون يرتعش من فرط خوفه بينما لا يشعر هو بشيء .

لعل أوضح مثل لهذا الإسقاط من حيث هو ميكانيزم دفاعي ما نجده عند المرضى

المصابين بالهذاء (البارانويا) . فالمريض يستشعر مشاعر المحبة تجاه أحد أفراد جنسه ولكنه لا يستطيع بالنظر إلى القيم الخلقية أن يسمح لمثل هذه المشاعر من الجنسية المثلية أن تغدو شعورية .

ومن هنا فإنه لا يلبث حتى يستحدث مشاعر الكراهية ضد الشخص ليدافع عن نفسه ضد المشاعر الأثيمة المتصلة بجنسيته المثلية (كبت + تكوين مضاد) . ولكن مشاعر الكراهية بدورها لا يمكن أن تغدو شعورية دون أن تستتبع من جانبه الشعور بالإثم . ومن ثم فإنه يسقط مشاعر الكراهية هذه على الشخص موضوع حبه الأصلي ، فلا يلبث حتى يرى هذا الشخص كارها له بل عاملا ما وسعه الجهد على اضطهاده . ومن هنا يستطيع أن يسمح لنفسه بأن يستشعر الكراهية وأن يقابل الاضطهاد بالاضطهاد من جانبه .

ثمة معنى آخر من معنى الإسقاط يجعل منه عملية من العمليات التي تدخل ضمن الإدراك ، ويستند هذا المعنى إلى دينامية الحقل النفسي .

فسلوك الشخص وإدراكاته إنما هي نتاج التفاعل ما بين شخصيته والبيئة الخارجية . ومعنى هذا أنه ليس لموقف من المواقف ولا لمثير من المثيرات دلالة ثابتة محددة بالنسبة إلى جميع الأفراد . فدلالة المواقف إنما تتحدد بالرجوع إلى الخصائص المميزة للشخص القائم بالإدراك .

وهكذا فبقدر ما تكون بنية الموقف فقيرة غير محددة تتدخل الشخصية بالقدر نفسه لتسبغ على الموقف دلالته ومعناه . ذلك هو الأساس الذي تستند إلى الاختبارات الإسقاطية حين نقدم إلى الشخص مثيرات غير محددة الدلالة فنطلب إلى أن يصفها أو يصنع منها قصة أو غير ذلك بما ينطوي على إدراك هذه المثيرات من خلال شخصيته .

وهو إذ يضطلع بإدراكها إنما يسهم بشخصيته في تحديد دلالتها فيتيح لنا أن نمسك الخصائص المميزة لشخصيته .

ولعل هذا يتضح من التشبيه الذي يقدمه فرانك؛ فالاختبار أشبه شيء بآلة السينما ، والشخصية هي الفيلم ، وصور الشاشة هي المعطيات التي تحصل عليها .

وهذا المعنى من معاني الإسقاط كعملية من العمليات الداخلة في الإدراك إنما هو المعنى الأساسي الذي تستند إلى الاختبارات الإسقاطية .

وثمة معنى ثالث من معاني الإسقاط يعد أشمل بكثير من سابقيه . فإذا كان الشخص يكشف في بعض إدراكاته عن السمات المميزة لشخصيته فما ذلك إلا لأن السلوك بصفة عامة - وما الإدراك غير ضرب من السلوك - إنما هو نتاج التفاعل ما بين الشخصية والموقف . ومعنى هذا أن عملية الإسقاط لا تقتصر فحسب على مستوى الإدراك وإنما تتخطاه إلى مختلف مظاهر السلوك . فالشخص في انتقائه لملابسه وصحفه وأنديته ومسارحه وأثاث منزله إلى غير ذلك إنما يكشف عن بعض الخصائص المميزة لشخصيته فكل سلوك يرجع بطابعه الفريد إلى الخصائص التي صدر عنها .

والإسقاط بهذا المعنى الواسع يستند إلى السلوك التعبيري . فكما أن تعبيرات الوجه تعبر عن الحالة النفسية التي يعيشها الشخص أو التي يريد أن يقنع الغير بأنه يعيشها ، فكذلك الحال بالنسبة إلى التعبيرات الصوتية والحركات الجسمية . فالصوت قد يعبر عن الرقة أو الغلظة ، كما قد يعبر عن رغبة الشخص في أن يبدو رقيقا أو غليظا . وكذلك الحال بالنسبة إلى هذه اليد التي تمسك بيدك أثناء التحية فقد تعبر في صراحة تعبيرا صادقا عن موقف الشخص ما بين الرقة والغلظة ، كما قد تعبر على نقيض ما يستشعره الشخص .

فإذا كان الشخص يتكلم بجسمه على حد تعبير واطسون - فإنه يستطيع بلا شك أن يصدق أو يكذب في حديثه . ولكننا إذا وضعنا في اعتبارنا هذه الأهمية البالغة التي توليها القيم الثقافية للتعبير الوجهي لأمكننا أم نقرر بأن الشخص إنما يكذب أكثر ما يكذب في مجال التعبير الوجهي على حين لا ينتبه تمام الانتباه إلى تعبيرات صوته أو حركات جسمه .

ومن هنا نستطيع أن تقول من قبيل المجاز بأنه يسقط بعض نفسه وما تنطوي عليه من مشاعر ودوافع في الكثير من مسالكه سيما التعبيرية منها .

ولكن الإسقاط هنا لا يعني أن يتخلص الشخص من قبيل الدفاع عن بعض مشاعره الأليمة بأن يلصقها للغير ، ولا يعني أن الشخص يسهم بما يميز شخصيته من خصائص ودوافع في تحديد الدلالة لموقف غير محدد ، وإنما يعني فحسب أن الشخص

يعبر عن بعض خصائصه في بعض مسالكه بمعنى أن سلوك الشخص ينم عنه؛ ذلك ما يعبر عنه القول الشائع "كل إناء ينضح بما فيه".

ومهما يكن من أمر ، فإن التمايز النظري بين هذه المعاني الثلاثة للإسقاط لا يعنينا بحال على أن نحكم بمدى ما تنطوي عليه أو لا تنطوي عليه أية عملية إسقاطية من دفاع ، سواء كان ذلك في مجال الإدراكات أو المسالك العادية أو حتى في مجال الاختبارات الإسقاطية ذاتها .

ويرى البعض أن الحديث هنا عن "الاختبارات أمر يجانبه التوفيق لما توحي به كلمة الاختبار من فكرة القياس والمقاييس المقننة .

فالاختبار يهدف عادة إلى جمع أكبر عدد من الإجابات المنوعة في وقت محدد حتى نستطيع بالرجوع إلى المعايير الإحصائية أن نحدد مكان الفرد بالنسبة إلى جماعة . أما ما يسمى الاختبار الإسقاطي فهو كوسيلة فنية يستند إلى تصور دينامي للشخصية ويهدف إلى "فهم" هذه الشخصية دون أن يحفل بتحديد مكانها بالنسبة إلى الآخرين . فالمعطيات التي نحصل عليها إنما تتحدد قيمتها ودلالتها بالرجوع إلى البنية الخاصة للشخصية في غير ما استعانة بمعيار إحصائي على نحو ما يحدث في الاختبارات المقننة . والاختبارات الإسقاطية تختلف أيضا عن الاستخبارات ، هذه التي نصل فيها إلى النتيجة الكلية عن طريق جمع النتائج الجزئية . فبينما تجد معطيات الاختبار الإسقاطي تنطوي مباشرة على دلالتها فإن الاستخبارات لا تحفل بالجانب الدينامي أو هي تنظر إلى الشخصية وكأنها حاصل جمع بعض القدرات مثلا .

فالاستخبارات كالاختبارات المقننة إنما هي مقاييس تسمح بأن نتناول الأشخاص كما تتناول علوم الطبيعة الأشياء؛ ومعنى هذا أنها تسمح لنا بمقارنتهم فيما بينهم وبأن نصنفهم وفقا للنتائج ويتضح الاختلاف من أنه في حالة التكنيكات الإسقاطية لا تكون للمعطية الواحدة دلالة ثابتة ، وإنما تتحدد دلالتها بالرجوع إلى كافة المعطيات الأخرى .

ويمكن تلخيص الأمر في أن المقاييس والاستخبارات وسلالم التقدير هي فنيات ملائمة لسيكولوجية السمات بينما الاختبارات الإسقاطية فنيات تلائم النظرة الدينامية هذه التي تستند إلى العلاقة المتبادلة والتي لا يسهل الإمساك بها ما بين الشخصية والبيئة .

فالطرائق الإسقاطية تتيح لنا من المعطيات ما يكشف عن شخصية الشخص دون أن يتنبه هذا الشخص إلى أنه يكشف بهذه المعطيات عن خصائص بعينها لشخصيته . ومن هنا يعد استخدام مادة إثارة مبهمة أو غير منتظمة البنية من بعض الأوجه خاصة أساسية في جميع الاختبارات الإسقاطية .

فبينما نجد في اختبار الذكاء مثلا إجابة واحدة ومحددة تقريبا لكل سؤال فإن لكل مشكل في الاختبارات الإسقاطية أكثر من إجابة ممكنة . فالأهمية في الاختبار الإسقاطي تنحصر من ناحية في قدرته على إثارة الاستجابات الفردية ومن ناحية أخرى في القواعد التي نتبعها في تأويل هذه الاستجابات . وعادة ما يعتبر الرسم بالإصبع واللعب الحر والرسم الطليق من الوسائل الإسقاطية .

فكل موقف يتسم فيه الإدراك أو طريقة التناول بما يعبر من فردية الشخص يمكن أن يستخدم كأساس لاختبار لإسقاطي . وبديهي أنه كلما قل الانتظام البنيوي للمثير اتسع مدى التعبير عن فردية الشخصية مما يتضح من مقارنة بقع الرورشاخ أو سحب شترن بلوحات موراي T. A. T فكلما كانت عوامل الانتظام الخارجية قوية مستقرة ضاق المجال أمام تدخل العوامل الداخلية والعكس صحيح . فالصورة التي لا تسمح بحيز من الإبهام وإساءة الفهم لا تسمح بمجال للتعبير عن الذات . ولكن ليست العبرة فقط بالإبهام وما يستثيره من إجابات عديدة متنوعة وإنما أيضا بالقدرة على تأويل هذه الإجابات والإفادة منها ، وخاصة حين تتسم بالبساطة والثراء . وأبسط صورة للإجابات هي عندما ينتقي الشخص لإجابة من جملة لإجابات محددة كما هو الحال في الرورشاخ الجمعي ، أو بعض اختبارات تداعي الكلمات أو لإكمال الجمل ، أو اختبار صورة من بين صور الأوجه في اختبار تسوندي . ولعل أكثر الإجابات ثراء ما تمدنا به لوحات موري ، حيث يضطلع الشخص بتأليف قصة في خمس دقائق ، وما تمدنا به مناظر هومبرجر التمثيلية حيث يبتدع الشخص منظرا مستعينا باللعب والنماذج الصغيرة للأثاث ، ناهيك عما تمدنا به الرسوم الطليقة .

وكلما اتسمت الإجابات بالثراء صعب تقويمها وتصنيفها .

لقد أنشأ كينت وروزانوف لاختبارهم الخاص بتداعي الكلمات طريقة للتقويم تنحصر في حساب مرات التكرار الخاص بكل اجابة من الإجابات . وأصبح من الممكن

عند مقارنة إجابات شخص ما بالقائمة الإحصائية المقننة أن نحدد عدد ألفاظه الشائعة وعدد ألفاظه النادرة .

وكانت العصابية وقتئذ تقاس في أمريكا بميل الشخص إلى إنتاج استجابات فردية ونادرة . أما اختبار رورشاخ فإن المشتغلين به قد رفضوا إخضاعه للمعايير بالمعنى الأمريكي المألوف وإنما اقتصروا على تحديد الإجابات الشائعة والإجابات الفريدة .

ولكن رغم عناية الباحثين في الرورشاخ بالمناهج الكمية وبتحديد الدرجات فإنهم يأبون ربط هذه الدرجات بأية دلالة واضحة معينة .

ومن المفيد أن نتبين أهمية هذه الاختبارات الإسقاطية والدافع الذي دفع إلى ابتداعها . فالاختبار الإسقاطي لا ينكشف هدفه للشخص بطريقة صريحة فيفهم ما سينتهي به إليه ، بل يكشف الشخص فيه عن نفسه دون أن يتنبه إلى أنه يفعل ذلك أو على الأقل دون أن يتنبه إلى الكيفية التي يفعل بها ذلك والقدر الذي يفعل به ذلك . لقد جاء وقت يئس فيه علماء النفس من الحصول على إجابات صادقة لأسئلتهم ومقاييسهم واستخباراتهم . فحتى في الحالات التي يصدق فيها الأشخاص من الناحية الشعورية فكثيرا ما تكون هذه الإجابات سطحية تحجب وراءها الأعماق الحقيقية . لم يعد من الممكن أن يكتفي علماء النفس بالقيمة الظاهرية للإجابات؛ فقد كان ولا بد لهم من طريقة تسمح بتخطي الأكاذيب أو الإجابات الزائفة بفعل الكبت وما إلى ذلك من ميكانيزمات الدفاع .

وهكذا اتضح قصور المقاييس والاستخبارات وسلالم القياس التي تستند إلى المواجهة المباشرة الصريحة لمشكلات الشخصية وإذا كان الأشخاص يأخذون حذرهم بطريقة شعورية أو غير شعورية عندما توجه إليهم أسئلة مباشرة فلم يعد بد من استخدام طريقة لا تنتبهون معها إلى ما تستهدفه فتتعطل بذلك وسائل دفاعهم ففي اختبار الرورشاخ مثلا يستحيل على غير الأخصائي أن يتنبه إلى كيفية استخلاص أية نتيجة من النتائج ابتداء من الإجابات التي يقدمها الشخص ، وإذا كان الاختبار الذي لا يقدم إلينا أكثر مما يعرفه الشخص عن نفسه اختبارا تافها ، وكان الشخص كما يقول أسبينوزا أبعد الكائنات عن نفسه ، فإننا نستطيع أن نتبين الأهمية البالغة للاختبارات الإسقاطية .

ومن حيث تأويل المادة الإسقاطية فإنه يتم بالرجوع إلى المضمون أو بالرجوع إلى الشكل أو بالرجوع إلى الأمرين جميعا . ففي حالة لوحات موري ينصب الاهتمام على تحليل المضمون وإن لم نفعل تحليل الأسلوب والشكل .

أما في الرورشاخ فينصب التأويل أساسا على أساليب الشخص في الإدراك بمعنى ما إذا كان يدرك البقعة كلها في إجمالها أو جزءا من أجزائها ، وما إن كان يستند في إدراكه إلى شكل البقعة أو لونها ، وما إن كان يدركها كشيء ثابت أو متحرك الخ .

وتأويل لوحات موري يستند أساسا كما نعلم إلى تحليل المضمون الإسقاطي ومن هنا يهتم موري أكثر ما يهتم بالتعرف على البطل أو الأبطال الذين يتطابق الشخص معهم حتى يستشف من الوقائع المنسوبة إلى البطل الخصائص المميزة لشخصية الشخص . وليس ذلك بالأمر اليسير؛ فقد يتطابق الشخص جزئيا مع بطل وجزئيا مع بطل آخر . وقد يتطابق أحيانا مع بطل من غير جنسه .

هذا إلى أن تطابق الشخص يمكن أن يكون تعبيرا عن الشخص "كما هو" ويمكن أن يكون تعبيرا عن الشخص "كما كان" ، ويمكن أن يكون تعبيرا عن الشخص " كما يود أن يكون" كما يمكن أن يكون تعبيرا عن الشخص "كما يخشى أن يصير" . والحق أنه ليست هناك طريقة واحدة بعينها لتحليل لوحات موري . فليست هناك مجموعة من الرموز لها دلالات ثابتة وإنما نتوقع من الشخص أن يسقط نفسه في حكاياته . ومن هنا نحاول أن نكشف عن تطابقاته .

أما في حالة التأويل المنصب على الأسلوب والشكل فإن اهتمام النفساني ينحصر في الطريقة النوعية التي بها يدرك الفرد ويسلك في موقف الاختبار بحسبانها ممثلة لطريقته في معالجة جملة من المواقف المتكافئة الدلالة . فالتأويل هنا لا ينصب على الأفكار والمعاني التي يسقطها الشخص في إجابته وإنما ينصب على عملية الإجابة ذاتها من حيث هي طريقة خاصة للاستجابة . فقد كان رورشاخ يهتم بالإجابات من بعض جوانبها الشكلية فحسب ، ومن هنا فقد استخدم رموزا اصطلاحية للدلالة على الفئات التي يوزع الإجابات بينها مما سنوضحه .

كانت تأويلات رورشاخ في البداية تنصب أساسا على التشخيص الفارق لمختلف صور الذهان وذلك استنادا إلى دراسة العمليات الإدراكية . ولكن الاختبار يطبق اليوم

وبنفس الفاعلية على جميع الأفراد . وثمة اتجاه حديث يميل إلى تأويل الرورشاخ استنادا إلى المضمون بالرجوع إلى مفاهيم التحليل النفسي ، وذلك بدلا من اتباع الوسائل التقليدية للتأويل .

ولعل من حسن الحظ ألا يكون من الضروري أن نختار بينها . فبوسعنا أن نستخدم الاختبارات التي تنصب على تأويل المضمون أو تلك التي تنصب على تأويل الشكل .

بوسعنا أن نستخدم في هذه الحالة وتلك بعض الاختبارات التي تستند إلى منبهات سمعية وبعضها الآخر الذي يستند إلى منبهات بصرية ، فغالبا ما تكمل هذه الاختبارات بعضها البعض بصورة مفيدة . ومهما يكن من أمر فليست العبرة بجمع مادة كثيرة وإنما باستخلاص خير ما يمكن استخلاصه من المادة المتاحة لنا . وسنعرض الآن لبعض الاختبارات ذات المنبهات السمعية قبل أن ننتقل إلى أهم الاختبارات ذات المنبهات البصرية .

ومن أهم أنواع الاختبارات الإسقاطية اختبار بقع الحبر لرورشاخ ، اختبار (T. A. T) ، واختبار (C. A. T) ، واختبار (S. A. T) .

ولذلك يحسن أن نلم بفكرة عن كل نوع .

- نبذة تاريخية عن ظهور الإسقاط :

نشر فرانك L. K. FRANK عام ١٩٣٩ مقالا في جريدة علم النفس الأمريكية وسماه " الطرق الإسقاطية لدراسة الشخصية " للإشارة إلى العلاقة التي توجد بين ثلاث اختبارات نفسية : اختبار تداعي الكلمات واختبار بقع الحبرو اختبار تفهم الموضوع ، وقد بين فرانك أن هذه الاختبارات تشكل نموذجا لبحث دينامي وشامل للشخصية .

ويرى فرانك أن الاختبارات الإسقاطية من أهم الوسائل في المنهج الإكلينيكي في علم النفس . ومن أهم المؤثرات المساعدة على تطور الاختبارات الإسقاطية : نظرية الجشطلت والتحليل النفسي والرسم هذا الأخير الذي يعد الرافد التاريخي الثالث الذي أسهم في تطور التقنيات الإسقاطية وعوض التعبير اللفظي المستعمل في التداعي الحر (يونغ) بتقنية الرسم خاصة عند تعامل المحللين مع الأطفال بهدف تفتيح شخصية الطفل .

ويعد موراي MURRAY أول من وضع اختبار إسقاطي يستلهم السرد الحر وكان ذلك سنة ١٩٣٥ وسماه اختبار " تفهم الموضوع " ثم تلته من بعد ذلك اختبارات أخرى منها:

- اختبار الشجرة لفنشر كوش F . KOCH (١٩٤٩) .
- اختبار رسم الرجل لماكوفر MACHOVER .

خصائص الإختبارات الإسقاطية :.

١ـ أن الموقف المثير الذي يستجيب له الفرد غير متشكل نسبيا وناقص التحديد والانتظام مما يؤدي إلى التقليل من التحكم الشعوري (المقاومة) لسلوك الفرد .

٢ـ غالبا لا تكون لدى الفرد معرفة عن كيفية تقدير الاستجابات ودلالتها ومن ثم فإن الاستجابات لن تتأثر بالإرادة .

٣ـ يعطى الفرد حرية التعبير عن أفكاره ومشاعره وانفعالاته ورغباته دون ان تكون هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة .

٤ـ الاختبارات الإسقاطية لا تقيس نواحي جزئية أو وحدات مستقلة تتألف منها الشخصية بقدر ما تحاول رسم صورة دينامية كلية للشخصية .

ـ أنواع الطرق الاسقاطية :

يرى " لندزي " تصنيف الطرق الإسقاطية تبعا لنمط الاستجابة المطلوبة من المفحوص إلى خمسة أنواع هي :

١ـ طرق التداعي : والمنبه فيها كلمة أو جملة أو بقعة حبر ، يستجيب لها المفحوص بكلمة أو عبارة أو مدرك، من أمثلتها اختبار تداعي الكلمات واختبار الرورشاخ .

٢ـ طرق التكوين : وتنتج الاستجابة في هذا النوع من نشاط معرفي بنائي إنشائي معقد كأن يكون المفحوص قصة اعتمادا على صورة " اختبار تفهم الموضوع . "

٣ـ طرق التكملة : يعطى المفحوص منبها ناقصا غير مكتمل (جملة – قصة) ويطلب منه تكملته كاختبار "ساكس" لتكملة الجمل .

٤ـ طرق الاختيار أو الترتيب : يقدم للمفحوص عدد من المنبهات كالصور أو الجمل ويطلب منه إعادة ترتيبها أو يحدد تفضيلاته لها ومن أمثلتها اختبار تنظيم الصور واختبار "سوندي " .

٥ـ الطرق التعبيرية : مثل اختبارات الرسم بالخطوط أو بالألوان وطرق اللعب و(السيكودراما) ، ويمكن أن تستخدم هذه الاختبارات في كل من التشخيص والعلاج .

ـ نماذج من الاختبارات الإسقاطية :

١ـ اختبار تداعي الكلمات :

وضع هذا الاختبار ربابورت وجيل ويونج ، ويتكون الاختبار من ٦٠ كلمة تتصل بمجالات متعددة كالأسرة ، والنواحي الفمية ، والشرجية ، والعدوان ، والدلالات الجنسية المتنوعة . كما تمس في نظرهم مجالات فكرية وألوانا من الصراع التي تظهر في أنماط مختلفة من سوء التوافق .

واختبار التداعي عند تطبيقه من الناحية الإكلينيكية يزودنا بالكثير من المعلومات . فالاستجابات الخاصة جدا أو البعيدة عن المألوف قد تصبح في ذاتها دليلا على أن الكلمة المثيرة قد مست نقطة حساسة في فكر المفحوص مثال ذلك " أب ـ طاغية " ، وقد تحدث الكلمة المثيرة اضطرابا في التداعي يكشف عن أن الكلمة قد مست منطقة صراع عند الفرد ، كما تكشف في الوقت نفسه عن طبيعة هذا الصراع القائم في النفس "فعند الاستجابة لكلمة (زوجة) بكلمة (شك) فإن هذه الاستجابة كشفت ليس عن وجود صراع لدى الفرد ، بل تكشف أيضا عن طبيعة هذا الصراع ونوعه .

ـ الدلالات التشخيصية لاختبار التداعي :

توصل كل من ربابورت وجيل وشافر إلى وضع الدلالات الإكلينيكية التي يمكن على أساسها تشخيص الحالات المرضية الكبرى .

حالات الفصام تتميز استجاباتهم بالخصائص الآتية :

١ـ كثرة ما يعطونه استجابات بعيدة عن الكلمة المثيرة :

ـ ميل واضح نحو إعطاء التداعي القائم على التشابه في "أوزان الكلمات" وميل واضح لتكملة الجمل .

ـ عند إعادة الإنتاج تنحرف استجابات الفصاميين بشكل ظاهر وخطير .

٢ـ حالات الاكتئاب تتميز استجاباتهم بالخصائص الآتية :

ـ يتميز الاكتئابيون ببطء الاستجابة .

٣ـ تتميز حالات الهستيريا بكثرة التوقف خصوصا للكلمات ذات الدلالة الجنسية .

٤ – أما حالات الوسواس القهري فتتميز بكثرة ما يعطونه من صور بصرية للاستجابات .

٢ـ اختبار تكملة الجمل الناقصة :

يرفض بعض الإكلينيكيين اعتبار اختبار تكملة الجمل اختبار إسقاطيا ، ومع ذلك ففيه جميع مقومات الاختبار الإسقاطي فطبيعة الاختبار مبهمة وغامضة وناقصة التكوين إلى حد ما ، كما أن المفحوص لا يستطيع أن يدرك بوضوح المغزى الذي يكمن وراء الإجابات .

ومع ذلك فقد قدم "جوزيف ساكس ، وليفي " الدليل على أن اختبار تكملة الجمل الناقصة اختبارا إسقاطيا ، وذلك بتجربة بسيطة فقد طلب من عشرة أشخاص تكملة العبرة الآتية بسرعة وبدون تفكير في محتواها وهي :

" الطريقة التي عامل بها والدي والدتي تجعلني أحس " ....

ومع هذا فقد حصل الباحثان على عشرة إجابات فريدة من نوعها .

ـ محتوى الاختبار :

يهدف اختبار "ساكس" إلى دراسة مجالات أربعة من مجالات التوافق وهي :

أـ مجال الجنس : ويبحث عن الاتجاهات نحو العلاقة الجنسية ، والعبارات التي تتصل بهذا المجال عددها ثمانية ، وتسمح للفرد أن يعبر عن اتجاهاته الزواج والعلاقات الجنسية ذاتها .

ب ـ مجال العلاقات الانسانية المتبادلة : ويتضمن الاتجاهات نحو الأصدقاء والمعارف والاتجاهات نحو زملاء العمل والمدرسة ويقاس كل اتجاه منها بأربع عبارات تسمح للفرد أن يكشف عن مشاعره نحو الآخرين خارج نطاق الأسرة .

ج– مجال الأسرة : ويتضمن ثلاثة اتجاهات وهي الاتجاه نحو الأم والاتجاه نحو الأب ثم الاتجاه نحو وحدة الأسرة ، وكل اتجاه يعبر عنه بأربع عبارات .

د- أما المجال الأخير فيتصل بفكرة المرء عن نفسه : ويتضمن النواحي التالية : المخاوف والشعور بالذنب والأهداف وفكرة المرء عما لديه من قدرات وكل ناحية منها تقاس بأربع عبارات .

- يتألف الاختبار من ٦٠ عبارة ناقصة تغطي ١٥ اتجاها ، وقد وضع طريقة كمية لتقدير الدرجات وهي :
  - درجتان : لحالة الاضطراب الشديد الذي يحتاج لمساعدة علاجية .
  - درجة واحدة : للاضطراب المعتدل .
  - صفر : حيث لا يوجد اضطراب انفعالي .
  - غير معروف لعدم كفاية الأدلة .

٣. اختبار تفهم الموضوع (التات)"Thematic Apperception Test " TAT:

ووضع هذا الاختبار هنري موراي وزميلته موجان ١٩٣٥ ،ونشر موراي نتائج البحوث التي أجريت عليه بالعيادة النفسية في جامعة هارفرد وذلك في كتابه "استكشافات في الشخصية "، ومن ذلك الوقت والاختبار يستخدم على نطاق واسع في أعمال العيادات النفسية في أمريكا وأوربا .

ويتألف الاختبار من ثلاثين لوحة تشتمل كل واحدة على منظر به شخص أو جملة أشخاص في مواقف غير محدده المعالم بحيث تسمح بإدراكها على أنحاء مختلفة .

يعتبر اختبار تفهم الموضوع وسيلة توضح للسيكولوجي الخبير بعض مشاعر الفرد وانفعالاته وأحاسيسه ، واختبار تفهم الموضوع مفيد في أي دراسة شاملة عن الشخصية وفي تفسير الاضطرابات السلوكية والأمراض العصابية والذهانية والسيكوسوماتية ، كما أنه مفيد في تفسير ما يدور في نفس المفحوص من مشاعر وانفعالات ودوافع ونزاعات مكبوتة وألوان الصراع المختلفة .

- الأساس النظري : الإجراء المتبع في اختبار تفهم الموضوع هو تقديم مجموعة من الصور إلى المفحوص ، وحثه على أن يؤلف عنها قصصا ارتجالية ، والقصص التي تجمع بهذه الطريقة غالبا ما توضح متضمنات ذات دلالة عن الشخصية .

وتعتمد هذه الحقيقة على اتجاهين سيكولوجيين سائدين :

الأول : هو ميل الناس لتفسير المواقف الإنسانية الغامضة بما يتفق مع خبراتهم الماضية ورغباتهم الحاضرة وآمالهم المستقبلية .

الثاني : هو نزعة المفحوصين إلى أن يعترفوا بطريقة شعورية أو لا شعورية عن تجاربهم وخبراتهم الشخصية .

ـ طريقة التفسير : هناك طريقة تفسير كمية تقوم على تحليل محتوى القصة بالمكونات الآتية:

أ- البطل الرئيسي الذي يتقمص الفرد شخصيته :

وهي الشخصية التي تحظى بمعظم الحديث في القصة والتي يصف المفحوص إحساساته ومشاعره ،أو الشخصية التي يرى الفرد نفسه فيها ويتقمصها .

" من الملاحظ " أن المفحوص يتقمص أبطالا من جنسه وسنه وأحيانا نجد المفحوص يتقمص أبطالا من الجنس الآخر .

ب- الحاجات الرئيسية للبطل :

حيث يشرع الباحث في الوقوف على الدوافع المحركة للبطل ، ومعرفة مشاعره وأفكاره ونزاعاته وحاجاته ، كالحاجة للسيطرة والحجة للجنس والحاجة للإنجاز والحاجة إلى تلقي العون .

ج- العوامل الانفعالية والوجدانية :

ويتضح فيما يقوم به البطل من أفعال ضد الآخرين والتي تكشف عن الميول العدوانية ، أو تتمثل في حالات الشك والحيرة أو الارتباك إزاء سلوكيات معينة والتي تعبر في الغالب عن الصراعات ، أو الإحساس العميق بالذنب نتيجة ارتكاب الأخطاء والميل إلى اللوم اللاذع للذات ونقدها واستصغارها وهنا تكشف عن قوة الأنا العليا .

ـ الغرض من الاختبار :

يعتبر اختبار تفهم (التات) Thematic Apperception Test (TAT) في مقدمة الاختبارات الإسقاطية للشخصية ، وهو يهدف في يد الأخصائي المدرب على تطبيقه وتفسيره ، إلى الكشف عن الدوافع والانفعالات وأنواع الصراع لدى المفحوص ، وبخاصة النزعات المكفوفة التي لا يرغب المفحوص في الكشف عنها أو النزعات المكبوتة التي لا يكون واعيا شعوريا بها . وطبقا لمؤلف الاختبار هنري أ . موراي (٩١) فإن التات

يشكل أداة مفيدة في المدرسة الشمولية للشخصية ، وفي تفسير اضطرابات السلوك والاضطرابات السيكوسوماتية والعصاب والذهان . وهو يوصي بأن يكون الاختبار مقدمة لسلسلة من المقابلات العلاجية أو التحليل النفسي المختصر ، كما أن الجمع بينه وبين اختبار بقع الحبر (رورشاك) يكون أمر مفيدا نظرا لأن كلا من الاختبارين يكمل الآخر .

ويتكون الاختبار من سلسلة من الصور تتراوح في درجة غموضها أو تحديد بنيانها ، تعرض على المفحوص واحدة بعد الأخرى ، ويطلب منه أن يستجيب لها بذكر القصة التي تخطر له عند رؤية الصورة . ويستند استخدام الاختبار بهذا الأسلوب إلى عدد من الأسس نوجز أهمها فيما يلي :

١- نزعة الفرد إلى تفسير موقف إنساني غامض في خبرات الماضي وحاجات الحاضر .

٢- توفر هذه النزعة في الاستجابة للصور بالقصص التي تتمثل فيها خبرات المفحوص والتي يعبر فيها عن عواطفه وحاجاته سواء كانت شعورية أو لا شعورية .

٣- إذا قدمت الصور بوصفها اختبار للقدرة على التخيل ، فإن اهتمام المفحوص وحاجته إلى التأييد الاجتماعي ، يمكن أن يستثار إلى الحد الذي لا يشعر فيه بالحاجة إلى الدفاع عن الذات ضد استفسارات الفحص ، فيكشف بذلك عن نفسه دون أن يدري وهو ما يصعب تحقيقه عن طريق السؤال المباشر .

٤- الاستجابة في صورة لفظية أو مكتوبة ، مثلها مثل أي نتاج سيكولوجي ، يكون لها سبب دينامي كما يكون لها معنى يتفاوت في درجة وضوحه أو غموضه ، وذلك مضمون الحتمية السيكولوجية ، وهي حالة خاصة من قانون السببية ، إلا أنه يجب أن نتذكر في نفس الوقت ، مبدأ الحتمية المتعددة over – determination أي أن كل جزء من المادة المستقطة قد يكون له أكثر من معنى ، طبقا للمستويات المختلفة للتنظيم السيكولوجي ، فقد تستمد القصة من فيلم سينمائي شوهد حديثا ، أو قد تعكس صراعا هاما يواجهه المفحوص على

مستوى شعوري ، وقد يكون لها في نفس الوقت معنى رمزي هام على مستوى لا شعوري .

ويمكن أن نلخص الأسس السابقة في أن اختبار التات إسقاطي Projective أي أن القصص التي يستجيب بها المفحوص للصور هي إسقاطات projections ، أو نسبة مشاعر وعواطف وحاجات ودوافع المفحوص إلى الأشخاص وإلى الموضوعات في العالم الخارجي ، وهو في هذه الحالة ، يتمثل في الصور . وطبقا لمفهوم الإسقاط في التحليل النفسي ،فإن هذا الميكانيزم يستخدم للدفاع عن الأنا ضد قوى غير مقبولة ، وهي لا شعورية ، على الأقل جزئيا ، إلا أن بيللاك ويرى أن القصص التي يستجيب بها المفحوص لصور التات يمكن أن تفسر جزئيا في إطار هذا التعريف المحدود للإسقاط ، وهو يرى أن بعض جوانب من القصص يمكن أن تكون نوعا من المواءمة أو التعبير أو الإفراز الخارجي externalization أو الإدراك الذاتي autistic perception ، وكلها تتضمن عمليات دينامية أقل تعقيدا من مفهوم الإسقاط .

ـ مواد الاختبار:

يتكون الاختبار من ٣١ بطاقة ، طبعت على كل منها (عدا بطاقة واحدة) ، صورة على ورق أبيض مقوى ، وتركت بطاقة واحدة بيضاء خالية من الصور . وقد أعطيت كل بطاقة رمزا ينتمي إلى إحدى الفئات التالية :

(أ) رقم فقط وذلك في البطاقات التي يمكن استخدامها مع الجنسين ومع كل الصغار (تحت ١٤ سنة) والراشدين (فوق سن ١٤) ، وعدد هذه البطاقات ١١ بما فيها البطاقة البيضاء رقم ١٦ .

(ب) رقم يتبعه الحرف B للأولاد تحت سن ١٤ .

(ج) رقم يتبعه الحرف G للبنات تحت سن ١٤ .

(د) رقم يتبعه الحرف M للذكور فوق سن ١٤ .

(هـ) رقم يتبعه الحرف F للإناث فوق سن ١٤ .

(و) رقم يتبعه الحرفان MF للذكور والإناث فوق سن ١٤ .

(ز) رقم يتبعه الحرفان BM للأولاد والراشدين الذكور .

(ك) رقم يتبعه الحرفان GF للبنات والإناث الراشدات .

وطبقا لتوزيع البطاقات ، فإنه يمكن استخدام مجموعة من عشرين بطاقة مع كل فئة من الفئات الأربع للسن والجنس ، وكذلك يمكن توزيع تقسيم كل مجموعة منها إلى مجموعتين فرعيتين تتكون كل منهما من عشر بطاقات حسب تسلسل أرقامها ، بحيث تتكون المجموعة الفرعية الثانية من صور درامية غير مألوفة بقدر أكبر مما هو في المجموعة الأولى . فمثلا ، بالنسبة للراشدين الذكور فوق سن ١٤ تتكون المجموعة الفرعية الأولى من البطاقات : ١ ، ٢ ، ٣BM ، ٤ ، ٥ ، ٦BM ، ٧BM ، ٨BM ، ٩BM ، ١٠ وتتكون المجموعة الفرعية الثانية من البطاقات ١١ ، ١٢M ، ١٣MF ، ١٤ ، ١٥ ، ١٦ ، ١٧BM ، ١٨BM ، ١٩ ، ٢٠ ويفترض موراي أن القصص التي يستجيب بها المفحوص لبطاقات المجموعة الأولى ، ترتبط بالطبقة الخارجية للشخصية (السلوك الظاهر العام) ، أكثر مما ترتبط بها قصص المجموعة الثانية الت٢ي يعبر الكثير منها رمزيا عن نزعات ومركبات الطبقة الداخلية للشخصية .

وهو يوصي بتطبيق كل مجموعة فرعية من البطاقات في يوم منفصل ، إلا أن بعض الأخصائيين قد درج على تطبيق المجموعة الكاملة في جلسة واحدة أو جلستين بينهما فاصل زمني قصير للراحة . وقد يرى الأخصائي في بعض الحالات ، الاكتفاء ببعض البطاقات مما يراه ملائما للكشف عن ديناميات الحالة المعينة .

والأغلب أن يكتفي بعشر بطاقات يختارها في ضوء معرفته بحالة عميله .

ـ تطبيق الاختبار :

يجلس المفحوص في مواجهة الفاحص ، أو في موضع يمكن الفاحص من ملاحظة المفحوص دون أن يتمكن هذا الأخير من رؤية وجه الفاحص حتى لا يتأثر بما قد يبدو عليه من انفعالات مشتته لانتباهه . وبالنسبة للأشخاص العاديين ، يمكن توجيه التعليمات بالصورة التالية أو بصورة قريبة منها :

"سوف أعرض عليك بعض الصور ، واحدة بعد الأخرى ، وأود منك أن تذكر لي قصة توضح ما يحدث في كل صورة في هذه اللحظة ، وما الذي أدى إليه ، ومشاعر وأفكار شخصيات القصة ، وما سوف تكون عليه النتيجة . المطلوب أن تكون القصة درامية (مؤثرة) مليئة بالحياة . أرجو أن تشعر بحرية تامة في ذكر أي قصة تريدها" .

ويوصي موراي أن يبدأ الفاحص بذكر أن هذا الاختبار للقدرة على التخيل ،

وأن يضيف في تعليماته شيئا عن التوقيت ، فيذكر أنه يمكن المفحوص أن يخصص لكل صورة حوالي خمس دقائق . ومن الضروري بالطبع تعديل صياغة التعليمات بحيث تكون مفهومة لصغار السن أو لمن هو أقل من المتوسط في الذكاء وللذهانيين .

وبعد أن ينتهي المفحوص من ذكر القصة التي يستجيب بها المفحوص للصورة الأولى ، يثني عليه الفاحص إذا كان هناك ما يدعو إلى ذلك ، أو يذكره بالتعليمات إذا لم يكن المفحوص قد راعى اتباعها ، فيقول مثلا ، "هذه قصة جيدة ، ولكن نسيت أن تذكر كيف تصرف الولد حين انتقدته أمه ، أي إنك لم تذكر لنا النتيجة . لقد استغرقت ثلاث دقائق في هذه القصة ، تستطيع أن تطيل القصة التالية إذا شئت" . ثم يعرض عليه الصورة الثانية .

ومن الأفضل أن يبقى الفاحص صامتا بقية الجلسة إلا إذا تطلب الأمر تشجيعه أو تذكيره بالزمن التقريبي لكل قصة ، أو بضرورة عدم إهمال أي جزء من التعليمات ، كأن يسأل عن خاتمة القصة أو نتيجتها ، وما الظروف التي أدت إليها ومشاعر شخصياتها .

إلا أن الفاحص يجب ألا يسمح لنفسه بالدخول في مناقشات مع المفحوص حول موضوع القصة ، كما أن الفاحص يستطيع أن يقاطع المفحوص إذا أطال أكثر من اللازم في القصة ، كان يقول مثلا : "التفاصيل غير مهمة ، كيف ستكون نتيجة القصة؟" وإذا كان المفحوص ينزع إلى ذكر عدد من القصص القصيرة استجابة للصورة الواحدة ، يطلب منه الفاحص أن يركز على قصة واحدة طويلة . وفي تقديم البطاقة البيضاء رقم ١٦ ، يمكن للفاحص أن يوجه تعليمات قريبة مما يلي :

"انظر ما يمكن أن تراه في هذه البطاقة البيضاء . تخيل صورة فيها ، وصفها لي بكل تفاصيلها" فإذا وجد المفحوص صعوبة في ذلك ، يقول للفاحص" : أغلق عينيك وتصور شيئا ما . صفه لي . والآن اذكر لي قصة عنه" .

ويقرر موراي أن القصة المناسبة ، تتكون من متوسط يقرب من ٣٠٠ كلمة للراشدين ، ١٥٠ كلمة للأطفال في حوالي سن العاشرة . فإذا تطلب الأمر تطبيق الاختبار في جلستين ، وهو ما يوصي به موراي . فإنه من الضروري عدم ذكر ذلك للمفحوص ، وذلك حتى لا يجهز نفسه بالرجوع إلى الأفلام والروايات .

ومن المفيد أن يسجل الفاحص زمن الرجع والزمن الكلي للاستجابة لكل بطاقة ، كما أنه من الضروري أن يوضح بعلامة معينة خلال كتابته للقصة التي أخطاء قد تصدر عن المفحوص مثل أخطاء النطق وفلتات اللسان والكلمات الخلطية غير المألوفة وذلك برسم خط تحتها مثلا . فإذا اضطر الفاحص إلى ذكر تعليق معين مثل : ليس هناك خطأ أو صواب أو هذا متروك لك تماما فإنه من الضروري تسجيل مثل هذه التعليقات بين قوسين تمييزا لها عن استجابات المفحوص . كما أنه من المفيد الإشارة إلى الوقفات بنقط تتفاوت في عددها طبقا لطول زمن الوقفة .

والإجراء المألوف ، هو أن يذكر المفحوص القصة شفهيا ، ويقوم الفاحص بكتابتها حرفيا بقدر ما يستطيع ، أو يقوم بتسجيلها صوتيا ، أو تقوم كاتبة في حجرة أخرى باختزال القصص عن طريق الاستماع إلى ميكروفون لا يراه المفحوص .

ومن الممكن بقصد توفير الوقت ، إعطاء المفحوص البطاقات ، مع تعليمات شفهية أو مكتوبة تؤكد ضرورة النظر إلى صورة واحدة في نفس الوقت بالترتيب المعطى ، ثم يطلب منه كتابة القصص بخط واضح في ورق عادي . وهذه هي الطريقة المتبعة في تطبيق الاختبار جماعيا عن طريق عرض الصور على شاشة وتؤكد التعليمات في هذه الحالة أنه من المتوقع كتابة قصص تلقائية يتكون كل منها من حوالي ٣٠٠ كلمة . وبالطبع يصعب في مثل هذه الحالات ، ضبط طول القصص أو تقويم انحراف المفحوص عن التعليمات ، إلا أن بيللاك يؤكد أن الخبرة أوضحت أن التطبيق الذاتي للاختبار يعطي نتائج مقبولة .

ومن المفيد جدا الاستفسار عن أصول القصص ، وذلك بعد أن ينتهي المفحوص من ذكرها جميعا ، وبخاصة بعد أن يكتسب الفاحص خبرة في تفسير الاختبار ، وفي تحديد موضوعات الاستفسار . وقد يبرر الفاحص توجيه أسئلته بذكر أنه مهتم بدراسة العوامل الهامة في بناء القصص أو غير ذلك مما يمكن أن ييسر تعاون المفحوص في عملية الاستفسار .

ويطلب دائما من المفحوص أن يحاول تذكر مصادر كل قصة من قصصه : هل هي من واقع خبراته الخاصة ، أم من واقع خبرات أصدقائه أو أقاربه أو معارفه ، أم هل هي مستمدة من كتب أو أفلام سينمائية . وقد يقرأ الفاحص له كل قصة ويشجعه

على التداعي الحر للأماكن والتواريخ والشخصيات وأي أحداث أو معلومات أخرى معينة أو غير مألوفة .

إلا أن موراي يقرر أنه في أكثر من نصف الحالات التي يذكر المفحوص أنه قد استقى مادة قصصه من صحف أو كتب أو أفلام ، فإن هذه القصص تشكل مقابلا موضوعيا لذكريات أو مركبات لا شعورية في شخصياتهم .

ويجب ألا يفترض أن الاقتصار على الوصف هو بالضرورة مؤشر على الجذب الفكري ، فقد يكون نتيجة القلق الذي يستثيره موقف الاختبار . وقد يتطلب الأمر في بعض الحالات توجيه أسئلة معينة بهدف دراسة جوانب معينة من شخصية المفحوص أو لتفسير استجابة معينة .

فمثلا ، إذا لم يلاحظ المفحوص البندقية في الصورة 8 BM فقد يكون من المناسب أن يستفسر منه عن ماهية هذا الشيء في الصورة ، وأن يوضح وظيفته في القصة . وإذا تجاهل المفحوص العري الجزئي للأنثى في الصورة 13 MF ، أمكن سؤاله "هل هناك شيء غير مألوف تلاحظه في هذه المرأة؟" .

إلا أن توجيه مثل هذه الأسئلة ، يحمل بالطبع في طياته خطورة تنبه المفحوص إلى الجانب المعين الذي يهتم الفاحص بدراسته ، ومن ثم فقد يزداد حذرا وتشككا .

ويرى واتسون أنه من المفيد أحيانا أن يطلب من المفحوص انتقاء الصور التي يفضلها أكثر من غيرها وتلك التي يفضلها أقل من غيرها مع توضيح الأسباب ، أو يستفسر عن مشاعر المفحوص نحو البطل في كل قصة وتقييمه لسوكه .

ـ تحليل وتفسير القصص :

تتعدد وتتنوع طرق تفسير التات ، طبقا لتدريب القائم بالتفسير والمدرسة التي ينتمي إليها ، وكذلك طبقا للغرض من تطبيق الاختبار في الحالة المعينة وطبقا للوقت المتاح ، وقبل أن نعرض لطريقتين من أكثر هذه الطرق شيوعا ، نوصي القارئ بأن يرجع إلى الملحق الذي يورد وصفا لبطاقات التات ، وللاستجابات الشائعة التي يعطيها المفحوصون لها . وقد استخلصت مادة هذا الملحق من دراستين : الأولى قام بها شتاين (١١٥) واستخدم فيها ٨٨ راشدا سويا ، والثانية قام بها هنري (٦٥) وعرض فيها للاختلافات ذات الدلالة في الاستجابة لكل قصة .

إلا أنه يجب التنبيه إلى أن هذه البيانات مستقاة من عينات أمريكية .

وقد أجريت في المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بمصر (٢٠٨) دراسة في الاستجابات الشائعة لاختبار التات لدى الجانحين ، سوف نشير إلى أهم نتائجها ، ونرجو أن تمتد هذه الدراسة لتشمل مختلف الفئات السوية والإكلينيكية .

طريقة موراي : تتراوح طرق تحليل وتفسير التات من مجرد فحص سريع ومختصر للقصص يقوم به أخصائي مدرب بقصد التوصل لصورة إكلينيكية للعميل وإلى تصور لأهم مشكلاته ، إلى تحليل دقيق كما يوصي موراي ، يشمل كل جملة في كل قصة وتقديرها على مقياس من ١ إلى ٥ طبقا لعدد من المحكات (الشدة ، الاستمرارية ، التوتر ، الأهمية في حبكة القصة) وفي إطار من التحليل دقيق لحاجات البطل needs ولضغوط press البيئة التي يتعرض لها . وقد أورد موراي (٩١) قائمة بهذه الحاجات والضغوط وأمامها متوسط مجموع التقديرات لكل منها ومداه على أساس عشرين قصة يبلغ متوسط كلمات كل منها ٣٠٠ ، وذلك بالنسبة لطلبة جامعيين ذكور .

ـ ومن أمثلة الحاجات : الإنجاز ، العدوان ، السيطرة ، الجنس ، الخنوع ، الاستقلال ، الانتماء ، الدفاعية ، العرض ، تجنب الأذى ، تجنب المذلة ، النظام ، اللعب .

وقد تكون الحاجة كامنة مثل الخضوع الذي يأخذ صورة الماسوشية ، والعدوان الذي يأخذ صورة السادية ، ومثل الحاجة إلى القوة المطلقة ، ومثل الميول الاستعراضية ، والجنسية المثلية المكبوتة . ومن أمثلة ضغوط البيئة : العدوان ، والسيطرة ، والنبذ .

ويعرف موراي بطل القصة بأنه الشخصية التي يتوحد معها المفحوص أي :

(١) التي يظهر بها اهتماما أكثر من غيرها من شخصيات القصة ويتبنى وجهة نظرها ويعكس مشاعرها ودوافعها .
(٢) الشخصية التي تقرب من المفحوص أكثر من غيرها من حيث السن والجنس والمكانة أو الدور .
(٣) الشخص الظاهر في الصورة أو واحد من الأشخاص الظاهرين فيها .

(٤) الشخص الذي يلعب الدور الرئيسي في الدراما (البطل بالمعنى الأدبي) والذي يظهر في البداية ويكون أكثر ارتباطا بالنهاية أو النتيجة .

ورغم أن معظم القصص يكون لها بطل واحد يمكن تمييزه باستخدام المحكات السابقة ، إلا أن موراي يورد الاحتمالات الأخرى التالية :

(١) تحول البطل من شخصية لأخرى في نفس القصة .

(٢) تمثيل حاجتين في شخصية المفحوص باستخدام شخصيتين مختلفتين مثل عدوان يتمثل في مجرم ، وفرض للقانون يتمثل في رجل البوليس .

(٣) ذكر قصة تشتمل على قصة أخرى ، كان يسمع البطل الأحداث عن أحداث يكون بطلها شخصية أخرى يتعاطف معها (بطل أساسي وبطل ثانوي) .

(٤) توحد المفحوص مع شخصية من الجنس الآخر ، والتعبير عن جانب من شخصيته بهذا الأسلوب (إشارة إلى عنصر أنثوي في شخصية المفحوص الذكر أو إلى عنصر ذكري في شخصية المفحوص الأنثى) .

(٥) توزيع البطولة (بالمعنى الأدبي) يكون موضوعا object للمفحوص في علاقته بالموضوع ، فهو ليس مكونا من مكونات شخصية المفحوص ، ولكنه عنصر في بيئته لا يتوحد معه ولكن يلاحظه كما لو كان غريبا أو شخصا مكروها يضطر إلى التعامل معه ، وفي هذه الحالة لا يتمثل المفحوص في القصة أو تمثله شخصية ثانوية .

والخطوة الرابعة في طريقة موراي هي :

أ ـ تحديد البطل .

ب ـ حاجاته .

ج ـ ضغوط البيئة .

د ـ المقارنة بين قوة حاجات البطل وضغوط البيئة وكيف يسلك البطل إزاء هذه الضغوط .

هل يقاوم أم هل ينهار؟ تحت أي الظروف ينجح ، حين يساعده الآخرون أم حين يكافح بمفرده؟ تحت أي الظروف يفشل؟ ، هل يعاقب بعد ارتكابه عدوانا؟ هل

يحس بالذنب؟ وهكذا ، يقوم الأخصائي بتحديد مقدار الشدة والإحباط والدرجة النسبية للنجاح والفشل بالنسبة لكل من أحداث القصص والتفاعل بين الحاجات والضغوط وذلك من وجهة نظر البطل .

ويشكل التفاعل بين حاجات البطل (أو اندماج حاجاته) وضغوط البيئة (أو اندماج هذه الضغوط) بالإضافة إلى النتيجة أو النهاية (نجاح أو فشل البطل) ، موضوعا بسيطا a simble thema ويطلق موراي على مجموعت من الموضوعات البسيطة تتشابك معا أو تكون مسلسلة اصطلاح الموضوعات المعقدة comlex themas ويعني المصطلح الحبكة أو 'الموتيف أو الملحمة الدرامية الرئيسية في القصة ، وعلى وجه الدقة ، يعني المصطلح بيانا ديناميا مجردا لواقعه . وهكذا ، فإنه عن طريق دراسة التفاعل بين الحاجات والضغوط يتوصل الأخصائي إلى قائمة بالموضوعات السائدة بالإضافة إلى بعض الموضوعات التي يمكن أن تسهم في التفسير رغم ضعف تواترها .

وقد يستطيع الأخصائي القيام بتحليل شامل للموضوعات دون تقدير لمتغيرات الحاجات والضغوط على حدة ، وذلك عن طريق التساؤل عن أي القضايا والصراعات والأزمات ، يبدو أنها تشغل المفحوص أكثر من غيرها ، مثل التحصيل والتنافس والحب والحرمان والقهر والعدوان والعقاب وصراع الرغبات ، الخ . كما أن الفاحص يمكنه معرفة الكثير عن اهتماماته وعواطف المفحوص وهي الاهتمامات والعواطف التي ينسبها إلى أبطال قصصه ، والتي يكشف عنها اختياره لموضوعات القصص . قد يكشف عن الشحنات الموجبة أو السالبة نحو الإناث الراشدات (نماذج الأم) ونحو الذكور الراشدين (نماذج الأب) ونحو الرجال أو النساء من نفس الجنس (وقد يكون بعضها نماذج الأشقاء) .

ويفترض موراي أن القصص التي يستجيب بها المفحوص للصور العشر الأولى ، يغلب أن ترتبط بالطبقات الخارجية للشخصية أكثر من القصص التي يستجيب بها للصور العشر الثانية ، وهي التي يغلب أن ترتبط رمزيا القصص التي يستجيب بها المفحوص لها بنزعات وعقد الطبقة الداخلية .

- طريقة بيلاك :

وتتميز هذه الطريقة في تقديرنا بشموليتها وبسهولة استخدامها مع مختلف الفئات

السوية والإكلينيكية . وينظر بيلاك (١٥) إلى صور التات سيكولوجيا بوصفها ممثلة لسلسلة من مواقف اجتماعية وعلاقات بين الأشخاص . ونظرا لأن المفحوص في استجابته للاختبار . يكون أكثر تحررا من قيود العرف والواقع ، فإن القصص التي يستجيب بها يغلب أن تكشف عن مشاعره الداخلية . ويمكن بهذه الوسيلة التوصل إلى الأنماط الحاضرة لسلوكه الاجتماعي ، وقد نستطيع استنتاج أصول هذه الأنماط . ويعني هذا التفسير في تقدير بيلاك الكشف في القصص عن عامل مشترك في أنماط سلوك المفحوص في الحاضر وعن أصولها ، وذلك هو ما يهدف إليه الأخصائي المدرب ، سواء اتبع الطريقة النظامية أو طريقة الفحص inspection ، أي أن يقرأ القصص ، ويستشف منها الأنماط المتكررة أو الفروض التي يمكن أن ينظمها في صورة إكلينيكية متكاملة .

وتتكون قائمة بيلاك من ملف يدون الفاحص في صفحة غلافه البيانات المميزة للمفحوص ، كما يدون في الصفحة الأخيرة التقرير النهائي . ويضم الملف عددا من استمارات التسجيل والتحليل بقدر عدد البطاقات المستخدمة . ونورد فيما يلي نموذجا من استمارة التحليل .

وفي هذا النموذج يكتب الفاحص القصة التي يستجيب بها المفحوص في ظهر الاستمارة المخصصة لتحليل القصة السابقة فإذا أراد الفاحص مثلا ، استخدام عشر بطاقات ، فإنه يكتب القصة التي يستجيب بها المفحوص للبطاقة الأولى في ظهر صفحة الغلاف ، والقص التي يستجيب بها للبطاقة الثنية في ظهر استمارة تحليل القصة الأولى ، ويكتب القصة الأخيرة في ظهر استمارة التحليل المطبوعة في الصفحة الثالثة من الملف . وهكذا ، بحيث يمكن للفاحص قراءة القصة أثناء تحليلها باستخدام الفئات الواردة في استمارة المقابلة . وبعد أن ينتهي الأخصائي من تحليل القصص كلها ، يكتب ملخصا لكل قصة في المساحة المخصصة لذلك في الصفحة الرابعة من الملف ، وذلك بقصد توضيح التكامل بين مضمون تحليلات القصص المختلفة ، فإذا أراد الفاحص أن يطلب من المفحوص كتابة القصص بنفسه ، فإنه يمكنه استخدام أوراق بيضاء منفصلة من حجم مناسب .

ويلاحظ استخدام العلامات (✓) (✓✓) (✓✓✓) في استمارة التحليل .

وتشير العلامة الأولى إلى مجرد وجود اتجاه معين أو صراع معين أو ما شابه ذلك ، بينما تشير العلامتان الثانية والثالثة إلى مستويين متزايدين من الأهمية للفقرة المعنية في القصة موضوع التحليل . والمأمول أن يسهم استخدام هذه العلامات في تيسير إجراء البحوث بقصد التأكد من ثبات التفسير الذي يقوم به مختلف الأخصائيين ، كما أنه يوفر قدرا ملائما من المرونة في التحليل .

ـ نموذج لاستجابة أحد المفحوصين للاختبار :

ـ البطاقة (٢) : " بينما الجميع في نوم عميق والمكان يخيم عليه الهدوء ، فجأة اشتعلت النيران في منزل الرجل الطيب الذي يعيش بمفرده والتهمت النيران كل المنزل فقد شاء القدر أن يحدث له ذلك ، ولكن الجيران هو في محاولة لإطفاء النار التي قضت على المنزل ، ولكن الرجل كان مؤمن بالله وبقدره ، وهو الأن جالس يفكر فيما وصل إليه حاله " .

ـ التفسير :

- تكشف الاستجابة عن قلق وخوف من المجهول في صورة كارثة تحدث لبطل القصة ، ويحاول المفحوص من ناحية ثانية إعلاء مشاعر الحزن واليأس على الأحداث غير السارة بالصبر وتفويض الأمر لله ، مع كبت العدوان بعدم رؤية المسدس الموجود بجانب البطل الذي يظهر في البطاقة .

" ٥ـ اختبار تفهم الموضوع للأطفال CAT " ، "Children Appercetion Test" :

المرجعي ذاته لاختبار "TAT" ولكن بدلا من استخدام الصور الإنسانية تستخدم صورا للحيوانات بوصفها منبها ، فمن المعتقد - تبعا لنظرية التحليل النفسي - أن من السهل على الطفل أن يتقمص الحيوان ويتوحد به أكثر من أية كائنات أخرى .

٦ـ اختبار الرورشاخ Rorschach Test :

يعتبر اختبار الرورشاخ من أشهر الاختبارات الإسقاطية ، حيث وضع هذه الطريقة الطبيب السويسري "هرمان رورشاخ " ونشره في كتابه التشخيص النفسي ، والاختبار يتكون من عشر بطاقات عليها بقع من الحبر ، كما يقوم مبدأ هذا الاختبار على وجود علاقة بين الإدراك والشخصية .

ـ تقدير استجابات الرورشاخ :

يعتمد تقدير الدرجات على نظام تصنيف الاستجابات وهي على أربعة عناصر :

أـ المكان : ويتم تصنيف الاستجابة تبعا لمساحة البقعة التي استخدمها المفحوص ، وتشتمل على أربعة جوانب : البطاقة كلها ، وجزء كبير ، وجزء صغير ، والأرضية .

ب ـ المحددات : وتشير إلى العوامل المحددة للاستجابة ، وتشتمل على الجوانب الآتية : الشكل ، اللون ، الظلال ، الحركة .

ج ـ المحتوى : ويقصد به المضمون أو الملامح الأساسية التي أثارتها البطاقة في ذهن المفحوص .

د ـ الاستجابات الشائعة أو المبتكرة : ويحدد هذا الجانب على أساس إحصائي ، فإذا كانت الاستجابة واردة مرة واحدة في كل ثلاثة تقارير عادية عدت مألوفة ،أما المبتكرة فهي التي لا يذكرها أكثر من ١% من الأفراد .

ـ دلالة العناصر الأربعة :

١- دلالة المكان : تشير كثرة الاستجابات الكلية إلى القدرة على إدراك العلاقات الكبيرة والتأليف بين العناصر ، وترتبط بالذكاء النظري والمنهجي .

٢- دلالة المحددات : يرتبط الشكل الجيد بقوة الأنا وتماسك الشخصية ، أما تقديرات الحركة فتشير إلى ثراء الحياة الداخلية وزيادة القوى الإبداعية ، كما تعني غلبة اللون على الشكل سيطرة الانفعالات .

٣- دلالة المحتوى : وتعكسها طبيعة استجابة المفحوص ، فكلما كانت الاستجابة خرجتا عن المألوف بشكل واضح كلما كانت مؤشرا لعدم السواء .

٤- دلالة الاستجابات الشائعة والمبتكرة : تدل كثرة الاستجابات الشائعة إلى الخوف من الانحراف عن المألوف ، على حين تشير قلتها إلى عدم اكتراث بالمألوف .

ـ الاستجابات المميزة لبعض الفئات الإكلنيكية في اختبار الرورشاخ :

ـ العصاب :

١- العدد الكلي للاستجابات أقل من الأسوياء .

٢- كبت الاستجابات الحركية .

٣- نسبة مرتفعة من التفاصيل الصغيرة (حالات الوساوس)

٤- الاستجابات الحركية الحيوانية أكثر من الإنسانية

ـ الفصام :

١- تناقص عدد استجابات الحركة البشرية .

٢- نسبة أقل من الاستجابات الشائعة أو المألوفة .

٣- كثرة حالات رفض المفحوص للبطاقة وعدم الاستجابة لها .

ـ الاكتئاب :

١- قلة عدد الاستجابات .

٢- نمط الإدراك ضعيف .

٣- طول زمن الرجع .

٤- اختفاء الاستجابات اللونية تماما .

ـ تلف المخ :

١- نقص عدد الاستجابات .

٢- الطول الشديد لزمن الرجع .

٣- عدم التناسب بين وصف التفاصيل لفظيا وتحديد موقعها بصريا .

٤- ترديد العبارات بصورة آلية وتكرارها .

٧ـ اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص H .T .P .

ـ تعليمات الاختبار :

ـ مواد الاختبار :

يحتاج الفاحص إلى المواد التالية :

١ـ كراستين للرسم : تخصص إحداهما للرسم بالقلم الرصاص ، وتخصص الثانية للرسم بالألوان : الكراسة عبارة عن ورقة بيضاء (غير مسطرة) من النوع الثقيل بحيث

تتكون من أربع صفحات ، طول كل صفحة ٢١ .٥ سم وعرضها ١٧ .٥ سم . ويجب مراعاة هذه الأبعاد بدقة حيث أن كل المعايير تستخرج باستخدام كراسات بهذه الأبعاد . وتخصص إحدى الصفحات لرسم المنزل ، وهي الصفحة التي طبعت في أعلى الجانب العريض الخارجي منها كلمة "منزل" بالنسخ ، وتخصص صفحة أخرى لرسم الشجرة ومطبوع في أعلى الجانب العلوي والأصغر منها كلمة "شجرة" بالنسخ ، وتخصص صفحة ثالثة لرسم الشخص ومطبوع في أعلى الجانب العلوي الأصغر منها كلمة "شخص" بالنسخ ، أما صفحة الغلاف ، فهي تخصص لرسم "الشخص" من جنس غير جنس "الشخص" المرسوم أولا ، وهذه الخطوة إضافة جديدة في أسلوب تطبيق الاختبار في محاولة للجمع بين مزايا اختبار "ماكوفي" واختبار "باك" .

٢ــ كراسة التصحيح : وتخصص صفحة منها لتسجيل تسلسل التفاصيل والتعليقات أثناء الرسم ، وتشتمل الصفحة الثانية على جدول التبويب . ويخصص الجزء العلوي من الصفحة الأولى لتسجيل البيانات المميزة وهي : اسم المفحوص ، تاريخ الاختبار ، اسم الفاحص ، جنس المفحوص (ذكر– أنثى) ، جنسيته ، تاريخ ميلاده ، مدرسته أو معهده العلمي أو مهنته ومقر عمله ، فرقته الدراسية أو أعلى المراحل الدراسية التي وصل إليها ، محل إقامته ثم التشخيص الإكلينيكي لحالة المفحوص إذا وجد هذا التشخيص ، أو أي بيانات أخرى تلقي ضوءا على الحالة مثل البيانات التي ترد عادة في تاريخ الحالة من نتائج اختبارات الذكاء والشخصية والاختبارات الطبية ، الخ ويمكن أن تستخدم هذه الكراسة ملفا تحفظ فيه كراسة الرسم وقائمة الأسئلة بعد الرسم .

٣ـ قائمة الأسئلة بعد الرسم .

٤ـ عدد من أقلام الرصاص المبراة بدرجات متفاوتة في الحدة : وكلها من الدرجة المعروفة "بنمرة ٢" حيث أنه ثبت أن هذا النوع من الأقلام يعكس بدقة أكثر الضبط الحركي لدى المفحوص ، ويؤدي استخدام غيره من الأقلام إلى أخطاء في التفسير . ويحسن أن تنتهي هذه الأقلام بممحاة (أستيكة) ، وإلا فيجب إمداد المفحوص بممحاة .

٥ـ مجموعة من الأقلام الملونة تشمل الألوان : الأحمر ، أخضر ، أصفر ، أزرق ، بني ، أسود ، وبرتقالي على التوالي ، من النوع المعروف تجاريا باسم Crayola Crayons

٦ـ ساعة ضبط الوقت .

٧ـ جداول المعايير الوصفية والكمية المصورة .

ـ خطوات تطبيق الاختبار :

١ـ ضع مجموعة أقلام الرصاص على المائدة : أمام المفحوص (اترك له الحرية في اختيار القلم الذي يريده) ، ثم قدم كراسة الرسم مطبقة بحيث تظهر أمامه الصفحة المخصصة لرسم المنزل في وضع أفقي ، وفي أعلاها كلمة "منزل" . لاحظ نوع ودرجة تقبل المفحوص لكراسة الرسم بوضعها المقدم إليه . اجلس إلى يسار "الأيمن" أو إلى يمين "الأشول" ، حتى يمكنك متابعة تسلسل تفاصيل الرسم ، ولكن لا تصر على ذلك إذا كان فيه إثارة لشكوك المفحوص أو داعيا لقلقه . قل للمفحوص :

"خذ قلم من دول ، وعاوزك ترسم لي بيت رسم كويس على قد ما تقدر ، تقدر ترسم أي نوع من البيوت وتقدر تأخذ وقت زي ما أنت عاوز بس ارسم لي بيت رسم كويس على قد ما تقدر" .

إذا حاول المفحوص استخدام مسطرة أو قلم آخر كمسطرة ، فاذكر له أن ذلك ممنوع ، وأن رسمه يجب أن يكون باليد فقط . أحيانا يحتج بعض المفحوصين ـ وبخاصة متوسطي العمر أو كبار السن أو الأميين ـ بأنهم لا يستطيعون الرسم ، أو أنهم لم يتعلموا الرسم في المدارس ـ حاول في مثل هذه الحالات أن تطمئن المفحوص ، وأن تؤكد له أنه لا يقصد بالاختبار قياس القدرة الفنية ولكن القصد هو دراسة ما يفعله الناس حين يحاولون الرسم . إذا رسم المفحوص مسقطا هندسيا لمنزل (أو خيمة أو رسما تجريديا) قدم له كراسة رسم أخرى ، وكرر التعليمات حتى يقوم بعمل الرسم المطلوب ، وإلا فإنه يكتفي بتحليل الرسم كيفيا .

بعد أن يبدي المفحوص ما يدل على انتهائه من رسم المنزل ، اقلب الكراسة بحيث تبدو أمام المفحوص في وضع رأسي الصفحة المخصصة لرسم الشجرة ، وفي أعلاها الكلمة "شجرة" ثم اطلب من المفحوص رسم "شجرة" مكررا التعليمات السابقة

٧ـ باب في الحائط الجانبي يقطعه خط رأسي في منتصفه .
٨ـ إطار حول الباب مقوس القمة .
٩ـ تأكيد الباب والإطار وتظليل المساحة بينهما تظليلاً ثقيلاً .
١٠ـ نافذة في الحائط الأمامي بخطين متقاطعين – كويسة أوي – وأنا إش عرفني أرسم ضحك في شيء من الحرج .
١١ـ سقف مكون من خطين خفيفين يكونان زاوية منفرجة .
١٢ـ الجانب الأيمن من المنزل وتأكيده عدة مرات .
١٣ـ سور للمنزل وتأكيده عدة مرات ورسم مادته .
١٤ـ نافذة صغيرة في الركن العلوي الأيمن من الحائط الجانبي ، وإحاطتها بإطار ورسم خطين متقاطعين داخلها .
١٥ـ الجانب الأيسر للمنزل خط خفيف .
١٦ـ تظليل الأرض .
١٧ـ مادة الحائط ، خطوط خفيفة ، متقاطعة ، ترسم في سهولة وتكون قوالب .
١٨ـ مادة الحائط الجانبي .
١٩ـ تأكيد الجانب الأيمن للمنزل .
٢٠ـ تأكيد إطار الباب .
٢١ـ تأكيد السور .
٢٢ـ كلب يتجه نحو المنزل (٦ دقائق ، ٣٠ ثانية) .

٣- الأسئلة بعد الرسم : بعد أن ينتهي المفحوص من رسم الوحدات الثلاث ضع كراسة الرسم بحيث يظهر أمام المفحوص رسم "الشخص" الذكر والأنثى ، ثم قل "دلوقت انتهينا من الرسم ، وعاوز أسألك شوية أسئلة على اللي رسمته" ثم ابدأ في توجيه الأسئلة بحسب ترتيبها في القائمة ، مع مراعاة قلب الورقة في كل مرة بحيث يظهر أمام المفحوص الرسم موضوع السؤال ، سجل الإجابة الخاصة بكل جنس في نفس الموضع المخصص للسؤال مع وضع فاصل بينهما .

ويلاحظ أن الأسئلة تبدأ بالشخص (وهو آخر وحدة يطلب رسمها) ثم ننتقل إلى الشجرة فالمنزل بهذا الترتيب ، ثم نعود مرة أخرى إلى الشجرة فالمنزل بهذا الترتيب ، ثم

نعود مرة أخرى إلى الشخص فالمنزل وهكذا ، هذا النوع من ترتيب الأسئلة مقصود حيث أنه يجعل من الصعب على المفحوص تذكر ما سبق أن ذكره عن أي وحدة من الوحدات فيمكن بذلك الكشف عن أشياء لها مدلولها ، فمثلا قد يذكر المفحوص في أول حديثه عن الشجرة أنها ميتة ، ولكنه حين يسأل بعد فترة 'هل هي شجرة قوية ؟ فيجيب : ما أعرفش ، باين أنها ضعيفة' مثل هذا التسلسل في الإجابة قد يشير إلى أن المفحوص لا يسهل عليه النظر إلى الأمور نظرة اليأس التام .

وقد يحدث أحياناً أن يجد المفحوص صعوبة في الإجابة عن بعض الأسئلة ، فمثلا إذا أجاب عن السؤال : خ- ٦ 'هو بيعمل إيه ؟" بقوله "ما أعرفش ده رسم على حتة ورق" فإن هذه الإجابة لا تدل بالضرورة على وجود اضطراب عضوي ولكنها قد تدعونا إلى التفكير في هذا الاحتمال ، وعلى الفاحص أن يشجع المفحوص على الإجابة بقوله مثلاً : "أنا عارف أنه صعب تقول هو بيعمل إيه ويمكن مفكرتش وأنت بترسمه أنه بيعمل أي حاجة ، لكن خلينا نتصور حكاية عن الشخص ده - افرض إنك شفت الصورة دي لأول مرة ، كنت تفكر أنه بيعمل إيه ؟ وفين ؟' فإذا أجاب "مفيش أكثر من أنه واقف' فقل : "طيب هو واقف فين ؟' . وهكذا ، وواضح من هذا المثال أن الأسئلة الواردة في القائمة لا يجب أن تعطي بصورة جامدة بل قد يحسن بالفاحص أن يضيف إليها أسئلة إضافية ، أو أن يغير في بعض ألفاظها حسبما يراه محققاً للغرض الأساسي منها ، وهو معرفة ما تعنيه هذه الكلمات الثلاث : منزل وشجرة وشخص من معان للمفحوص ، كما أنه من المهم في التصحيح الكمي معرفة قصد المفحوص معرفة تامة مثل تحديد بعض مواضع الاتصال بين أجزاء جسم الشخص المرسوم مثلاً .

وتوجيه معظم الأسئلة الإضافية بعد السؤال -١٦ فيسأل المفحوص عن أي شيء غير مألوف يتصل برسمه للوحدات الثلاث ففي "الشخص" مثلا قد يسأل عن الوضع الشاذ للجيوب على الملابس ، موضع اليدين والقدمين ، ما الذي يخبئه في يديه إذا كانت اليدان مخبأتين وراء الظهر ، مدلول الجروح أو أي تشوهات في "الشخص" وإذا كان "الشخص" مرسوما في وضع جانبي مطلق "بروفيل" ، أي دون أن يكون هناك ما يشير في الرسم إلى وجود الجانب الآخر غير المرسوم ، يسأل المفحوص عن موضع اليد غير المرئية وأي شيء في هذه اليد ، وما الذي يعمله الشخص بهذه اليد وإذا كان

هناك شك في قصد المفحوص ، يسأل عما إذا كان "الشخص" يلبس قفازاً في يده ، وكذلك يسجل أي تعليق لفظي قد يفسر رسم رجل واحدة بدلاً من رجلين ، ومن الضروري التنبه إلى ما إذا كان المفحوص قد أعاد تظليل الفم بعد أن يكون قد رسمه خطأ مستعرضاً (أي ذا بعد واحد) ، ومن المهم التحقق من قصد المفحوص فيما يتصل برسم أو بعدم رسم الأعضاء الجنسية في حالة رسم "الشخص" عارياً ، وكذلك موضع بعض الأجزاء في الجسم مثل (بعد الرجل) وهو يعرف على أنه المسافة من قمة أكثر المواضع بروزاً في قوس إلى أبعد نقطة منها في القدم ، وفي حالة قطع قاعدة الصفحة للرجلين يسأل دائماً عن تقدير المفحوص للمدى الذي تمتد إليه الرجلان بعد الصفحة .

وبالنسبة للشجرة قد يسأل المفحوص مثلاً عن معنى الفروع المكسورة أو الميتة وعن الجروح الظاهرة على الشجرة ، وعن نوع الأرضية التي يرسم عليها الظل - هل هي ماء أم أرض ، ولا بد من تسجيل التسلسل في رسم فروع الشجرة والأوراق لأنه يحدث أحياناً أن يتبع المفحوص طريقتين في رسم الفروع أو الأوراق ، وفي هذه الحالة يصحح الرسم على أساس طريقة اتبعها ، كما يسجل أي تعليق لفظي من المفحوص يدل على إدراكه لوجود أو عدم وجود أوراق في الشجرة كأن يقول مثلاً تلقائياً أو إجابة لسؤال : "دي شجرة ميتة" أو "الدنيا شتا دلوقتي" ، وإذا كان الفاحص في شك من طبيعة الحشائش عند قاعدة الشجرة فيسأل المفحوص عنها حتى لا يخلط بينها وبين الأرضية ، ومن المهم أيضاً التنبه إلى تعليقات المفحوص عن الفروع كقوله مثلاً "الفروع دي مقطوعة" ، وبالنسبة للمنزل قد يحاول الفاحص السؤال عن مدلول النوافذ المكسورة مثلاً أو الثقوب في السقف أو باب متزوع ، وكذلك قد يسأل عن مادة الحائط والسقف إذا كان في شك من قصد المفحوص ، وإذا كان قد رسم منزلاً ذا حائط واحد ومن غير باب فيسأل عما إذا كان قد رسم الحائط الأمامي أم الجانبي للمنزل . كذلك قد يسأل المفحوص عن قصده من الرسم فيما يتصل بالسلالم أو المشاية حتى لا يخلط المصحح بينهما فيقول مثلاً : "إيه ده ؟ سلالم ولا مشاية . تكعيبة ولا رصيف ؟" - وإذا رسم المفحوص نصف دور (وهذا نادر) فيسأل عما إذا كان يسكن فيه أحد . وإذا رسم بابا ذا بعد واحد (أي خط رأسي فقط) فيجب التأكد بعد انتهاء الرسم من أنه لم يقصد رسم باب مفتوح ذي بعدين . وفي حالة رسم نافذة غريبة الحجم ، يسأل عن نوعها

وكذلك يسأل عن السر في موضع النافذة إذا كان جانبياً من النوع الحديث . ويسأل أيضا عن وجود (أضلاف) النافذة ، ولكن يجب ألا يخلط بينها وبين الستائر . وأثناء الرسم قد يلاحظ ما إذا كانت استدارة لحائط نتيجة لعدم القدرة على الرسم وعلى زوايا قائمة ، أم نتيجة لسبب آخر .

وكذلك يجب أن يبذل الفاحص كل جهده لسؤال العميل عن مدلول غياب تفاصيل عادية مثل السقف ، والباب بالنسبة للمنزل ، والفروع بالنسبة للشجرة ، والعينين والأذنين ، والفم ، والقدم ، إلخ . بالنسبة للشخص في الحالات التي لا يظن فيها أن العميل من ضعاف العقول .

كما يجب سؤال المفحوص عن أي علاقات غير عادية ، مثل رسم منزل في صورة مائلة ، أو شجرة تتجه إلى جانب أكث من جانب آخر ، أو جذع ملتو بوضوح ، أو شخص يبدو كأنه على وشك السقوط . . إلخ .

ومن الواضح أن الأسئلة التي توجه بعد الرسم يمكن التوسع فيها بقدر غير محدود تقريباً إلا أنه قد يحسن أحياناً - إذا أمكن ذلك - تأجيل توجيه أي أسئلة تزيد عن الأسئلة الواردة في القائمة - إلى مقابلات تالية . وقد يكون من المفيد أن يرسم الفاحص دائرة حول رقم السؤال الذي يجد أن الإجابة عنه تدعو إلى مزيد من التساؤل في مقابلة تالية . وقد يجد الفاحص أحياناً أنه من المفيد أن يشجع المفحوص على التداعي الطليق لمحتويات الرسم والأسئلة بعد الرسم .

والخلاصة أن توجيه الأسئلة - بعد - الرسم يهدف إلى أمرين :

١- إعطاء الفرصة الكاملة للمفحوص لإسقاط مشاعره واتجاهاته وحاجاته في وصفه وتعليقاته على رسمه للمنزل ، والشجرة والشخص على التوالي .

٢- إعطاء الفرصة للفاحص كي يستوضح أي ناحية في رسم الوحدات الثلاث لم تكن واضحة له من قبل .

ومن الواضح أن الفاحص يكون أقدر على توجيه الأسئلة المناسبة إذا كان متقنا لنظام التصحيحين الكمي والكيفي .

وبعد توجيه الأسئلة ، يطلب من المفحوص - إن لم يكن قد سبق له أن فعل

ذلك تلقائياً – أن يرسم في كل وحدة على التوالي الشمس والأرض ، وقد وجد أن ذلك يساعد في الحصول على معلومات قيمة من الناحية الكيفية .

- الرسم بالألوان :

قدم للمفحوص مرة أخرى كراسة الرسم . بحيث تكون الصفحة (٢) أمام المفحوص في وضعها الأفقي وفي أعلاها كلمة (منزل) في هذه المرة قل للمفحوص : (عاوزك ترسم لي بيت رسم كويس على قد ما تقدر ، بالألوان دي تقدر تستخدم لون واحد ، ولونين ، تلاتة ، أي عدد من الألوان زي مانت عاوز) .

لا تحاول ترتيب الألوان في نظام معين بحسب ألوانها ، ولكن ابعد عن المفحوص كل قلم رصاص ، إذ أنه غير مصرح له باستخدامه في هذه المرحلة من الاختبار ، كما أنه غير مصرح له باستخدام الأستيكة ، في هذه المرحلة أيضاً وتجنب في إعطائك للتعليمات أن تقول مثلاً ، عاوز ترسم لي بيت تاني أو بيت آخر ، أو شجرة تانية (أي شجرة أخرى) ، أو شخص تاني (أو شخص آخر) إذ أن ذلك قد يعني لكثير من المفحوصين أنه يتعين عليهم ألا يرسموا نفس الذي سبق أن رسموه بالقلم الرصاص ، ومن المهم بالطبع إعطاؤه فرصة كافية للاختيار .

سجل في كراسة التصحيح الأزمان المختلفة ، وتسلسل التفاصيل بنفس النظام السابق وصفه في المراحل السابقة ، مع تسجيل تسلسل استخدام الألوان . ثم كرر نفس التعليمات والتسجيلات بالنسبة للشجرة ثم الشخص .

بعد انتهاء المفحوص من رسم الوحدات الثلاث بالألوان ، لن يكون من المستحسن إعطاؤه قائمة الأسئلة مرة أخرى ، إلا إذا كان هناك ما يدعو بشدة إلى ذلك . وحتى في هذه الحالة يفضل توجيهها في جلسة أخرى ، ولكن من المهم أن تسأل المفحوص عن أي فروق في الرسم بالقلم الرصاص والرسم بالألوان . كذلك من المهم أن تطلب من المفحوص (إذا لم يكن قد فعل ذلك تلقائياً) رسم الشمس وخط الأرض في كل من الوحدات الثلاث .

٨- اختبار زوندي الإسقاطي Szondi Projective Test :

هو اختبار إسقاطي لقياس الشخصية ، أعده العالم المنغاري والطبيب النفسي ليبوت زوندي ، وتتألف مادة الاختبار من ٤٨ صورة فوتوغرافية .

- كيف يكون اختبار زوندي إسقاطي؟

يمكن أن يعد الاختبار تقنية إسقاطية فقد وجد أن صور زوندي الفوتوغرافية تحقق شرطين أساسين للاختبار الإسقاطي .

الأول : أنه يستهدف الكشف عن الذات الداخلية inner self للفرد الذي يختار الصور.

وثانيا : إن هذا الفرد هو غير واع بما يفعل . وبهذا المعنى فإن الاختبار هو حصيلة لنظرية زوندي .

وإن الصور المستخدمة في اختبار زوندي لها قوة لإثبات نفسها بنفسها: "إنها تفترض أن الصور المثلة لعوامل الدافع توجّه تداعيات العينة نحو مجالات الدافع التي تشكل جوهر الصور المعروضة" .

وبمرور الوقت بدأ زوندي يطور نظرياته ويبني اختباره باستخدام التصوير الفوتوغرافي ، حيث كان يعمل في مجال الطب النفسي ، ويمارس كل ما هو متعارف عليه في المؤسسات الأكاديمية ، كالتطبيق العملي للملاحظة ، وتدوين ما يدعو إلى الاهتمام ، وكان ذلك مترابطا بإحكام مع بنية علوم الطب النفسي .

ما العلاقة بين نظرية زوندي واختباره ؟

نظرية زوندي في تحليل القدر Fate Analysis (Schicksalsanalyse) .

١- المفاهيم الأساسية لتحليل القدر:

Concepts of Fate Analysis Fundamental

يعد مصطلح تحليل القدر في هذا السياق مصطلحا عاما يستخدم لوصف سيكولوجية القدر (نظريته) من جهة ، وتطبيقاته العملية من جهة أخرى ، أي المعالجة بالقدر Therapy Fate أو تحليل القدر Fate Analysis في المعنى الضيق للمصطلح (Leo, 2001, pp . 3-5) .

طور الطبيب النفسي ، والمحلل النفسي Psychoanalyst الهنغاري ليبوت زوندي فكرة أن الحرية والإكراه محددّة لمصير الإنسان . فيفعل الإكراه هذا من خلال المحددات الوراثية . وتفعله الحرية من خلال قدرة الإنسان على أن يغير المهام الصعبة عن طريق استعداده ، بتأثير استفزازات الحياة . فهي تجعل الإنسان يتغير ويقوم باتخاذ القرارات (Szondi, 1952, p .9) .

وهذا التلاعب بالمصير من خلال الإكراه والحرية يصبح جليا - كما يقول زوندي- في مجالات الحياة المهمة مثل؛ اختيارات الحب ، والصداقة ، والمهنة ، والمرض وطريقة الموت . وليس من الضروري أن تحدث تلك الاختيارات شعوريا وكل مجال يكشف معنى (الاختيار) نتيجة عن التفاعل بين الإكراه والحرية . ويدعوها زوندي التفضيلات .

من تلك البديهيات السريرية ، استكشف زوندي في البدء شجرة العائلة family trees والعلاقات التي تربط بعضها ببعض . وبيّن أنه اكتشف مجالا جديدا في الديناميكات النفسية سماه "اللاشعور العائلي" family unconscious ، ووضعه بين اللاشعور الشخصي personal unconscious لفرويد ، واللاشعور الجمعي collective unconscious ليونغ (Szondi, 1952, p .9) .

إن هذا هو معنى التحليل في نظرية زوندي . وتركز على طريقة فهم جينات الدوافع في المادة الوراثية ، التي تشكل الأساس البيولوجي لها . وقد طور زوندي شكلا بديلا لنشاط العلاج النفسي التحليلي مرتكزا على نظريته الديناميكية البيولوجية: وهو العلاج بتحليل القدر fate analytical therapy (Melon, 1996, Article) .

٢ـ تحليل القدر على أنه جزء من سيكولوجية الأعماق :

٩ـ اختبار "روزنزفايج " للإحباط الصور:

وضع هذا الاختبار (سول روزنزفايج) اعتمادا على نظريته في الإحباط والعدوان ،ويتكون الاختبار من ٢٤ صورة من أشكال الكرتون تمثل كل منها موقفا إحباطيا بين شخصين وفي كل صورة يوجد مكان خال يكتب فيه المفحوص ما يمكن أن يجيب به الشخص الذي حدث له الإحباط .

كما أن تعبيرات الوجه التي تكشف عنها الصور غامضة بشكل مقصود وذلك لتسهيل الإسقاط ويستخرج من الاختبار ١٥ درجة تقيس منها اتجاه العدوان : خارجي - داخلي - سلبي ، ويقيس نوع العدوان : الحاجة للمثابرة - دفاعات الأنا - السيطرة على العقبات ، أما الاتجاه الثالث فيتكون من توفيق مشتقة من الاتجاهين السابقين .

ثانيا ـ اختبارات الشخصية :

تعد دراسة الشخصية ومقوماتها من المهام الرئيسية للأخصائي النفسي الإكلينيكي لأنها تأتى في المرتبة التي تلي اختبارات الذكاء من حيث الضرورة والأهمية .

والشخصية إنما هي كل متكامل من الصفات ، ويحاول الاتجاه التحليلي عزل سمات الشخصية ودراستها على حدة باستخدام الاستخبارات والاختبارات على إن النظرة الإجمالية الاتجاه التركيبي يحاول أن يدرس سلوك الإنسان فى مواقف مختلفة ، ومن هذه الطرق لقياس الشخصية ما يلي :

١ـ اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية :

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I)

يعرف بأنه مقياس نفسي للشخصية يعتمد على التقرير الذاتي الذي يعطيه الفرد عن نفسه ، حيث يجيب على عباراته بوضع علامة تحت رقمها في ورقة الإجابة أمام "نعم" إن كانت العبارة تنطبق عليه ، أو أمام "لا" إن كانت العبارة لا تنطبق عليه ، أو لا يضع أية علامة على الإطلاق إذا لم يستطع أن يقرر ما إذا كانت العبارة تنطبق عليه أم لا .

ويعتبر الاختبار أشهر اختبارات الشخصية من نوع اختبارات التقرير الذاتي ، فقد سجلت أنا ستازى فى طبعة ١٩٧٦ من كتابها "القياس النفسي" أن أكثر من ٣٥٠٠ مرجع قد نشرت عن هذا الاختبار حتى وقت إعدادها لتلك الطبعة ، وهذا يشير إلى مدى ذيوع هذا الاختبار وانتشاره فى العالم .

ولقد ألفه هاثاوى وماكينلى من جامعة مينسوتا ونشراه عام ١٩٤٠ . وترجمه لبيئتنا العربية عطية محمود هنا ، ومحمد عماد الدين إسماعيل ، ولويس كامل مليكة ونشروه فى الخمسينات .

وفى تقديمهم للاختبار يقولون "يشمل الاختبار ٥٥٠ عبارة تغطى مدى واسعا من الموضوعات تتناول الجوانب المختلفة في الشخصية ، مثل الصحة العامة والنواحي الصحية الخاصة بما فيها أجهزة الجسم المختلفة ، والعادات ، والعائلة والزواج ،

والمهنة ، والتعليم ، والاتجاهات الجنسية ، والاجتماعية ، والدينية ، والسياسية ، والنزعات السادية والماسوكية ، والهواجس ، والهلاوس ، والمخاوف المرضية .

وكذلك الحالات الانفعالية المختلفة بما فيها حالات الانقباض والحالات الوسواسية والقهرية ،وكذلك الروح المعنوية ،وما يتصل بالذكورة والأنوثة ، واتجاه المفحوص نحو الاختبار ،وقد صنفت هذه العبارات في أربعة مقاييس صدق يرمز لها بالرموز: ؟ ،ل ،ف ،ك ،وعشر مقاييس إكلينيكية هي مع رموزها :

- الهستيريا (هـ ى) Hysteria ، الانحراف السيكوباتي (ب د) Psychopathic Deviation
- الذكورة والأنوثة (م-ف) Masculinity –Femininity
- السكاثينيا (ب ت) Psychasthenia، الاكتئاب (د) Depression
- البارانويا (ب أ) Paranoia ، الفصام (س ك) Schizophrenia
- والانطواء الاجتماعي (س ى) Social Introversion
- الهوس الخفيف (م أ) Hypomania
- توهم المرض (هـ س) الانقباض Hypochondriacs " .

(فرج طه ، ١٩٩٨ : ٥٤) .

أما قدري حفني فيرى بأنه "هو اختبار لقياس أبعاد الشخصية المختلفة ،ويقوم على أساس التقدير الذاتي للشخصية ،بمعنى أن الشخص يجيب على الاختبار بنفسه دون الحاجة إلى أخصائي ليطبقه عليه وهو يجيب على أسئلة الاختبار بما يشعر أنه يتفق وحالته النفسية الراهنة .

وهذا الاختبار يزود الأخصائي النفس الإكلينيكي بصورة متكاملة عن الجوانب والأبعاد المتعددة في شخصية المفحوص موضع الدراسة قبل إصدار حكما تشخيصيا عليه من خلال درجات المفحوص على المقاييس المختلفة التي يتضمنها الاختبار والتي عن طريقها يمكن رسم صفحة نفسية تقدم الأخصائي النفسي بصورة موضوعية دقيقة صورة عن مواطن الاضطراب في شخصية المفحوص وبهذه الكيفية يفيد الاختبار كأداة للتشخيص والتنبؤ في المجال الإكلينيكي" (قدرى حفنى ، ١٩٨٤ : ٣٥٩) .

. مكونات الاختبار:

يتكون الاختبار من ٥٥٠ عبارة تحتوى على موضوعات (تعبر الإجابة عنها بنعم أو لا) عن الجوانب المختلفة فى شخصية الفرد مثل الصحة العامة ،والنواحي الصحية الخاصة والعادات والعائلة والزواج والمهنة والتعليم والاتجاهات الجنسية والاجتماعية والدينية والسياسية والنزعات السادية والمازوخية والهلاوس والحالات الانفعالية كالانقباض والحالات الوسواسية القهرية ، والروح المعنوية ، وما يتصل بالسمات الذرية ، والأنثوية واتجاه المفحوص نحو الاختبار نفسه .

ويتكون الاختبار من قسمين كبيرين وهما مقاييس الصدق ،والمقاييس الإكلينيكية على هذا النحو:

أولا : مقاييس الصدق وهى تشمل أربعة مقاييس :

١- مقياس (؟) :

وهو يعنى أن الدرجة على هذا المقياس هي عدد العبارات التي لم يجب عنها المفحوص بنعم أو لا ، وكلما ارتفعت الدرجة على هذا المقياس دل ذلك على محاولة هروب المفحوص من الإجابة ، وهذا بالطبع له دلالته الإكلينيكية ، ورغم أن الدرجة التائية (٧٠) على هذا المقياس لا تمثل صفحة نفسية غير صادقة تماما إلا أنه من الأفضل التمسك بدرجة تائية (٥٠) على الأقل أو أقل من ذلك للتأكد من صدق الصفحة النفسية .

. طريقة التصحيح :

ويصحح هذا المقياس بفحص ورقة الإجابة للمفحوص جيدا ووضع دائرة بالقلم الرصاص حول موضع السؤال الذي لم يجاب عنه بنعم أو لا ،فإذا زادت العبارات التي تركت عن واحدة في كل صف يتعين على الفاحص أن يوجد الدرجة المعيارية التائية المقابلة للدرجة الخام على هذا المقياس ،والدرجة الخام على مقياس الاستفهام (؟) ،هي عدد الأسئلة المتروكة دون إجابة عن سؤال واحد فى كل عمود فإنه توضع علامة (/) أمام الرمز(؟)

فى ورقة الإجابة وترجمة هذه العلامة هي أن الدرجة المعيارية التائية للمقياس (؟) تعادل "٥٠"درجة .

يسمى مقياس الكذب" L :

٢- المقياس (ل) "

وتعبر الدرجة على هذا المقياس بإجابة المفحوص على ١٥ عبارة تتضمن كلها أمورا مقبولة اجتماعيا إلا أنها لا تنطبق عادة على الناس في عالم الواقع ومن أمثلة ذلك (لا أقول الصدق دائما) ،وعلى الرغم من أن الإجابة على هذه العبارة تكون بنعم إلا أن الإجابة المقبولة اجتماعيا هي"لا" .

وعلى هذا فإن الفرد الذي يحاول أن يظهر نفسه في صورة مقبولة يحصل على درجة مرتفعة على هذا المقياس عن طريق تحريف استجاباته لعبارات المقياس ،وارتفاع الدرجة على هذا المقياس تكون على نحو (٦٠أو٧٠درجة تائية) تمثل سلوكا من هذا النوع ،ومضمون ارتفاع الدرجة على هذا المقياس يشابه ارتفاع الدرجة على مقياس "ك" .

ويصحح هذا المقياس عن طريق استخراج الدرجة الخام لعدد الأسئلة (١٥) التي يجيب عليها المفحوص بـ (لا) في الأرقام التالية من أسئلة الاختبار: (١٥ ، ٣٠ ، ٤٥ ، ٦٠ ، ٧٥ ، ٩٠ ، ١٠٥ ، ١٢٠ ، ١٣٥ ، ١٥٠ ، ١٦٥ ، ١٩٥ ، ٢٢٥ ، ٢٥٥ ، ٢٨٥) .

وقد وضعت هذه الأرقام لهذه العبارات في ورقة الإجابة بصورة يسهل تذكرها ، وتسجل الدرجة الخام في المكان المخصص لها في ورقة الإجابة أمام الرمز "ل" ، وتستخرج التائية المقابلة من جدول الدرجات المناسب من المنول الدرجة الأصلي للاختبار" (لويس كامل مليكة ، ١٩٧٧) .

٣- مقياس (ف) F :

يتكون المقياس "ف" من العبارات التي لوحظ أن الأفراد الأسوياء قل أن أجابوا عنها بالصورة التي تصحح بها ،بحيث يحصل المفحوص العادي على (٧درجات خام) أو أقل من معيارية تائية (٦٤) .

وترتفع الدرجة إذا لم يستطع المفحوص أن يعطى إجابة مميزة لسبب من الأسباب كأن يكون غير قادر على القراءة والفهم بدرجة معقولة أو أن يكون مهملا في إجابته بغير قصد ، والدرجة التائية (٧٠) أو أقل تدعو للاطمئنان بأن المفحوص تعاون في الاختبار وفهم العبارات بدرجة معقولة .

غير أن الدرجة ترتفع على هذا المقياس أحيانا نتيجة أنواع معينة من المرض النفسي خاصة في الحالات الشبيهة بالفصام وحالات الانقباض .

ولذا لا بد من النظر إلى الدرجة على هذا المقياس في ضوء إجابته على المقاييس الإكلينيكية لأنه لو كانت الدرجة مرتفعة على هذا المقياس نتيجة إهمال المفحوص أو عدم فهمه فأننا نتوقع أن ترتفع الدرجات على المقاييس الإكلينيكية وخاصة المقياس توهم المرض (هـ س) .

ويكشف الارتفاع في الدرجة على المقياس (ف) أيضا على أن المفحوص قد اختار (شعوريا أو لا شعوريا) أن يظهر نفسه في صورة لا سوية ، وهذا يقلل من صدق الصفحة النفسية .

ويصحح هذا المقياس باستخراج الدرجات الخام من مفاتيح خاصة للتصحيح من الورق المخرم والمقياس له صفحة تصحيح أمامية ، وأخرى خلفية ، وتجمع درجتين الصفحة الأمامية والخلفية الخام وتحول إلى درجة معيارية تائية بمتوسط قدره (٥٠) وانحراف معياري قدره (١٠) .

٤- مقياس (ك) K :

يشير هذا المقياس والدرجة عليه ،عن اتجاه المفحوص نحو الاختبار هل هو متعاون في إجابته أم لا ،وبهذا فهو يرتبط بالدرجة على المقياسين (ل .ف) إلا أن الدرجة المرتفعة على المقياس (ك) تدل على استجابة المفحوص الدفاعية والتي تتضمن تحريف مقصود نحو الطرف السوي .

أما الدرجة المنخفضة فهي تدل على أن المفحوص ينقد نفسه بنفسه ،ولذا فإن لهذا المقياس قيمة تنبؤية حيث أن الأشخاص الذين ترتفع درجاتهم على هذا المقياس يندر أن يتقبلوا العلاج على عكس الأفراد الذين يحصلون منخفضة يتقبلون العلاج .

وتستخدم الدرجات الخام على المقاييس الثلاثة الخاصين بالصدق وهم (ل،ف،ك) للتقييم العام للصفحة النفسية ،حيث أنه إذا تجاوزت درجة من الدرجات قيمة أو نقطة معينة فإنه يشك في .

ـ صدق الصفحة النفسية :

ولكن هناك استخدام أساسي للمقياس (ك) هو أنه عاملا مصححا لبقية المقاييس الإكلينيكية ولذلك فهو يضاف (جزء منه أو كله) إلى عدد من المقاييس الإكلينيكية لزيادة قدرتها التشخيصية .

ويصحح هذا المقياس باستخراج الدرجات الخام من مفاتيح خاصة للتصحيح من الورق المخرم والمقياس له صفحة تصحيح أمامية ،وأخرى خلفية ،وتجمع درجتين الصفحة الأمامية والخلفية الخام وتحول إلى درجة معيارية تائية بمتوسط قدره (٥٠) وانحراف معياري (١٦) .

ثانيا: المقاييس الإكلينيكية :

١ـ مقياس توهم المرض (هـ س) Hypochondriacs

يقيس هذا المقياس مقدار الاهتمام الزائد بالوظائف الجسمية ، والقلق على الصحة بشكل ملح وبدون سبب واقعي ، ويظهر في بعض الناس الذين يشكون من عدد من الأمراض أو الأزمات التي يكشف الفحص الطبي عن عدم وجودها .

ومن خصائص هذا المريض (مريض الوهم) أن يكون ناقص النضج في معالجته لمشكلات الراشدين ولا يستجيب لها بالاستبصار الكافي ، والدرجات المرتفعة على نحو غير مرضى يعبر عن محاولة للاطمئنان على الذات .

إلا أن ارتفاع الدرجة التائية على هذا المقياس عن (٦٥) درجة تائية تشير إلى وجود المرض النفسي ولكن أثبتت الخبرة الإكلينيكية أن ارتفاع هذا المقياس ينفى معه وجود المرض العقلي (الذهان) .

وقد وجد أن الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس يتصفون بأنهم متعددي الاهتمامات وأنهم من النوع المقبل على الناس ، وكذلك بالعطف والنظام والاعتراف بالجميل .

ويختلف مريض متوهم المرض عن المريض الهستيري في أن الأول غالبا ما يكون أكثر غموضا من الثاني في وصف شكواه ، وتتحسن الدرجة المرتفعة على هذا المقياس نتيجة للعلاج النفسي .

ويصحح هذا المقياس باستخراج الدرجات الخام من مفاتيح خاصة للتصحيح من الورق المخرم والمقياس له صفحة تصحيح أمامية ،وأخرى خلفية ،وتجمع درجتين الصفحة الأمامية والخلفية الخام وتحول إلى درجة معيارية تائية بمتوسط قدره (٥٠) وانحراف معياري قدره (١٠) .

وبحيث تعد استجابة المفحوص خطيرة الدلالة إذا تعدت الدرجة التائية في كل مقياس فرعى انحرافيتين معياريتين أي عند الدرجة التائية (٧٠) وما بعدها .

٢- مقياس الاكتئاب (الانقباض) (د) Depression :

استخرج هذا المقياس من استجابات المرضى المصابين بالاكتئاب والذين يعنون من حالات الجنون الدوري ،وتشير الدرجة المرتفعة على هذا المقياس للدلالة على انخفاض الروح المعنوية مع الشعور باليأس ،والعجز عن النظر إلى الحياة نظرة متفائلة ولا إلى المستقبل .

وقد يكون الانقباض هو العجز الرئيسي عند المفحوص كما يكون مصاحبا أو نتيجة لاضطرابات أخرى في الشخصية ،وفى بعض الحالات قد يختفي الانقباض عن الملاحظة العارضة مع ارتفاع الدرجة على هذا المقياس ،وهذا ما يعرف باسم الاكتئاب الباسم .

والدرجة المرتفعة على هذا المقياس لها دلالة مميزة للشخصية ،لأن الشخص الذي يستجيب استجابة انقباضية للشدائد يتميز بنقص الثقة بالنفس ونزعة إلى القلق وضيق في الاهتمامات والانطواء ، ويرى البعض أن الانتحار يكون أمره مرجحا إذا كانت الدرجة على هذا المقياس مرتفعة نوعا ما مع أن المريض لا يسلك سلوكا انقباضيا .

ويميز هذا المقياس مع مقياسين أخريين هما (هـ س) توهم المرض ،و(هـ ى) الهستيريا النسبة الكبرى من المرضى العصابيين "المثلث العصابي" ووجد أن الأشخاص الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس يتميزون بالقلق والصراحة والتواضع والكرم والحساسية وشدة العاطفة .

ويصحح هذا المقياس باستخراج الدرجات الخام من مفاتيح خاصة للتصحيح من الورق المخرم والمقياس له صفحة تصحيح أمامية ، وتجمع الدرجة الخام وتحول إلى درجة معيارية تائية بمتوسط قدره (٥٠) وانحراف معياري قدره (١٠) .

وبحيث تعد استجابة المفحوص خطيرة الدلالة إذا تعدت الدرجة التائية في كل مقياس فرعى انحرافيتين معياريتين أي عند الدرجة التائية (٧٠) وما بعدها .

٣- مقياس الهستيريا (هـ ى) Hysteria :

هذا الاختبار يقيس درجة تشابه الفرد مع المرضى الذين تظهر عليهم أعراض الهستيريا التحويلية ،وقد تأخذ هذه الأعراض صورة الشكوى العامة أو المحددة مثل الشلل ،التقلصات ،الاضطرابات المعوية والأعراض القلبية ،والأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس معرضون لنوبات مفاجأة من الضعف ، الإغماء وما يشبه نوبات الصرع .

وقد لا تظهر هذه الأعراض على بعض الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس غير أنهم يحتمل في وقت الشدة والأزمات ،أن تظهر عليهم بعض هذه الأعراض الهستيرية بوضوح .

وحين تبدأ الاستجابة الهستيرية في الظهور يبرز في الصفحة النفسية المثلث العصابي ارتفاع في درجات المقياسين (هـ س) ،(هـ ى) وانخفاض نسبي في المقياس (د) (على هيئة مثلث قاعدته توهم المرض ، والهستيريا ، وقمته الاكتئاب) .

وقد وجد أن الأفراد الذين يحصلون على درجات مرتفعة على المقياس يتميزون بالصراحة وكثرة الكلام ، والتحمس والميل للمجتمعات ، والمخاطرة والود والقلق .

ويصحح هذا المقياس باستخراج الدرجات الخام من مفاتيح خاصة للتصحيح من الورق المخرم والمقياس له صفحة تصحيح أمامية ،وأخرى خلفية ، ويجمعان معا ، ليكون حاصل جمعهما الدرجة الخام للمقياس وتحول إلى درجة معيارية تائية بمتوسط قدره (٥٠) وانحراف معياري قدره (١٠) .

وبحيث تعد استجابة المفحوص خطيرة الدلالة إذا تعدت الدرجة التائية في كل مقياس فرعى انحرافين معياريتين أي عند الدرجة التائية (٧٠) وما بعدها .

٤ - مقياس الانحراف السيكوباتي (ب د) Psychopathic :

يقيس هذا المقياس درجة تشابه المفحوص بفئة السيكوباتيين ،الذين يتميزون بنقص في الاستجابة الانفعالية العميقة وعدم القدرة على الإفادة من الخبرة وعدم المبالاة

والمعايير الاجتماعية ، ومع أن السيكوباتيين قد يكونوا خطرين على المجتمع وعلى أنفسهم إلا أنهم أذكياء جدا ومحبوبين ويظلون أحيانا لمدد طويلة بلا اكتشاف إلى أن يقعوا في مشاكل خطيرة ، وتنحصر أخطر أوجه انحرافهم عن المعايير الاجتماعية في الكذب ،السرقة . الإدمان على المخدرات أو الكحوليات والشذوذ الجنسي .

وإذا ارتفعت الدرجة على مقياس الهوس الخفيف (م أ) أزداد احتمال اصطدام الشخص ببيئته وينل احتمال علاج الذين يحصلون على درجات مرتفعة في هذا المقياس ، ويوصف الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس بالصراحة وكثرة الكلام والمخاطرة والإقبال على المجتمع وتعاطي الكحول .

ويصحح هذا المقياس باستخراج الدرجات الخام من مفاتيح خاصة للتصحيح من الورق المخرم والمقياس له صفحة تصحيح أمامية ،وأخرى خلفية ،ويجمعان معا ، ليكون حاصل جمعهما الدرجة الخام للمقياس وتحول إلى درجة معيارية تائية بمتوسط قدره (٥٠) وانحراف معياري قدره (١٠) .

وبحيث تعد استجابة المفحوص خطيرة الدلالة إذا تعدت الدرجة التائية في كل مقياس فرعي انحرافيتين معياريتين أي عند الدرجة التائية (٧٠) وما بعدها .

٥- مقياس الذكورة والأنوثة (م- ف) Masculinity –Femininity :

يقيس هذا الاختبار الاهتمامات الذكرية أو الأنثوية (الاهتمامات الذكرية لدى الإناث والاهتمامات الأنثوية لدى الذكور) وفى كل من الجنسين تدل الدرجة المرتفعة على انحراف في نمط الاهتمام الرئيسي في اتجاه الجنس الآخر .

وقد وجد أن الذكور الحاصلين على درجات مرتفعة على هذا المقياس أما أن يكونوا منحرفين جنسيا بصورة علنية مكشوفة ،أو بصورة مقنعة إلا أن الانحراف الجنسي المثلى لا يجب أن يفترض على أساس من ارتفاع الدرجة على هذا المقياس فحسب .

ويستطيع المنحرفون جنسيا أن يخمنوا القصد من الاختبار فيحرفون إجاباتهم والأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة في كل من المقياسين الذكورة الأنوثة ، الانحراف السيكوباتي (م ف ،ب د) مع انخفاض على مقياس الفصام (س ك) يحتمل أن يكونوا جنسيين مثليين .

ويصحح هذا المقياس باستخراج الدرجات الخام من مفاتيح خاصة للتصحيح من الورق المخرم والمقياس له صفحة تصحيح أمامية ، وأخرى خلفية ، ويجمعان معا ، ليكون حاصل جمعهما الدرجة الخام للمقياس وتحول إلى درجة معيارية تائية بمتوسط قدره (٥٠) وانحراف معياري قدره (١٠) .

وبحيث تعد استجابة المفحوص خطيرة الدلالة إذا تعدت الدرجة التائية في كل مقياس فرعي انحرافين معياريتين أي عند الدرجة التائية (٧٠) وما بعدها .

٦- مقياس البرانويا (ب أ) Paranoia :

استخرجت عبارات هذا المقياس من استجابات المرضى بالبارانويا الذين يتسمون بالتشكك والحساسية المفرطة وهواجس العظمة أو الاضطهاد بعضهم من فئة فصام البارانويا ، والبعض الآخر من فئة الفصام الخالص (وهو قليل) .

وفى الحالات التي ترتفع فيها الدرجة على المقياس ارتفاعا متوسطا يعادل درجة تائية (٧٥) أو أقل لا يكون المقياس (ب أ) مقياسا واضحا للشعور بالاضطهاد بقدر ما يشير إلى حساسية مفرطة فيما يتصل بالعلاقات الشخصية .

ويصحح هذا المقياس باستخراج الدرجات الخام من مفاتيح خاصة للتصحيح من الورق المخرم والمقياس له صفحة تصحيح أمامية ، وأخرى خلفية ، ويجمعان معا ، ليكون حاصل جمعهما الدرجة الخام للمقياس وتحول إلى درجة معيارية تائية بمتوسط قدره (٥٠) وانحراف معياري قدره (١٠) .

وبحيث تعد استجابة المفحوص خطيرة الدلالة إذا تعدت الدرجة التائية في كل مقياس فرعي انحرافين معياريتين أي عند الدرجة التائية (٧٠) وما بعدها .

٧- مقياس السيكاثينيا (ب ت) Psychasthenia :

يكشف هذا المقياس عن التشابه بين المفحوص والمرضى الذين يعانون من المخاوف المرضية أو السلوك القهري ، ويكون السلوك القهري صريحا (غسل اليدين باستمرار ، أو القيام بأفعال حوازية أخرى) أو ضيقا كأن تسيطر عليه فكرة وسواسية متسلطة ، وتشمل المخاوف المرضية كل أنواع الخوف غير الموضوعي من أشياء ومواقف .... الخ .

واستخرجت عبارات هذا المقياس من المرضى الوسواسين القهريين ممن يعانون أيضا من الانقباض الشديد وكان تشخيصهم المميز عصاب السيكاثينيا والمقياس إذن شديد الارتباط بالمثلث العصابي ، والذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس قليلون ، ويرتبط المقياس (ب ت) ارتباطا ضئيلا ببقية المقاييس فيما عدا (س ك) .

ويصحح هذا المقياس باستخراج الدرجات الخام من مفاتيح خاصة للتصحيح من الورق المخرم والمقياس له صفحة تصحيح أمامية ، وأخرى خلفية ، ويجمعان معا ، ليكون حاصل جمعهما الدرجة الخام للمقياس وتحول إلى درجة معيارية تائية بمتوسط قدره (٥٠) وانحراف معياري قدره (١٠) .

وبحيث تعد استجابة المفحوص خطيرة الدلالة إذا تعدت الدرجة التائية في كل مقياس فرعي انحرافين معياريتين أي عند الدرجة التائية (٧٠) وما بعدها .

٨- مقياس الفصام (س ك) Schizophrenia :

يكشف هذا المقياس عن درجة تشابه المفحوص باستجابات فئة الفصامين الذين يتميزون بالتفكير أو السلوك الخلطي الشاذ (السلوك الفصامي) ، والذين يحصلون على درجات مرتفعة (٧٥ درجة تائية) يتشابه سلوكهم مع سلوك الفصامين .

ولكن معظم الصفحات التي ترتفع فيها الدرجات على مقياس الفصام (س ك) على ارتفاع في عدد من المقاييس الأخرى ولذلك فلا بد من دراسة إكلينيكية لتمييز الحالة وتشخيصها ، إلا أنه في فصام البارانويا ترتفع الدرجة ارتفاعا واضحا على كل من المقياسين الفصام والبارانويا (س ك ، ب أ) ، وفى الفصام البسيط ترتفع الدرجة على المقياس (س ك) والمقياس (هـ س) توهم المرض .

ويصحح هذا المقياس باستخراج الدرجات الخام من مفاتيح خاصة للتصحيح من الورق المخرم والمقياس له صفحة تصحيح أمامي ، وأخرى خلفية ، ويجمعان معا ، ليكون حاصل جمعهما الدرجة الخام للمقياس وتحول إلى درجة معيارية تائية بمتوسط قدره (٥٠) وانحراف معياري قدره (١٠) .

وبحيث تعد استجابة المفحوص خطيرة الدلالة إذا تعـدت الدرجـة التائيـة في كـل مقياس فرعى إنحرافين معياريتين أي عند الدرجة التائية (٧٠) وما بعدها .

٩ - مقياس الهوس الخفيف (م أ) Hypomania :

توصف عبارات هذا المقياس بأنها مستخرجة من جماعة من الأشـخاص يتميـزون بالنشاط الزائد فى الفكر والعمل ويعانون من الهوس الخفيـف ، ورغـم أن تعـبير رجـل الشارع عن الهوس بأنه الجنون ،إلا أن المصاب بالهوس الخفيف لا ينحرف إلا قليلا عـن حدود السواء .

فالمريض بالهوس الخفيف عادة ما يقع في عدد مـن المشاكل نتيجـة أنـه يحـاول أن يقوم بنفسه بكل شئ فهو يتحمس وينشط ويؤدى عددا لا حدود له من الأعمـال وقـد يشتبك أحيانا مع الآخرين نتيجة ذلك وقـد يـصطدم بالقـانون لعـدم مبالاتـه بالمعـايير الاجتماعية .

ولذلك فأن هناك عددا لا بأس به من الحالات السيكوباتية قد يكون من الأفضل وفى ضوء الدراسة والبحث تشخيصها بالهوس الخفيف .

والمقياسان (م أ) ، (ب د) هما المقياسين الوحيدين في الصفحة النفسية اللذان يمثل ارتفاع الدرجة فيهما بدرجة مرضية (٧٠تائية) يمثـل عجـزا أو مرضـا مـستديمين ، رغـم انخفاض الدرجات على بقية المقاييس الأخرى .

ويصحح هذا المقياس باستخراج الدرجات الخام من مفاتيح خاصة للتصحيح من الورق المخرم والمقياس له صفحة تصحيح أمامية ، وأخـرى خلفيـة ، ويجمعـان معـا ، ليكون حاصل جمعهما الدرجة الخام للمقياس وتحـول إلى درجـة معياريـة تائيـة بمتوسـط قدره (٥٠) وانحراف معياري قدره (١٠) .

وبحيث تعد استجابة المفحوص خطيرة الدلالة إذا تعدت الدرجـة التائيـة فى كـل مقياس فرعى انحرافيتين معياريتين أي عند الدرجة التائية (٧٠) وما بعدها .

- مقياس الانطواء الاجتماعي (س ى) صفر Introversion Social :

يهدف هذا المقياس إلى قيـاس النزعـة إلى الانطـواء وعـدم الاتـصال الاجتمـاعي بالآخرين ، وهو بهذا المعنى ليس مقياسا إكلينيكيا بالمعنى المفهوم ، ويتكون المقياس مـن

٧٠ فقرة تتناول تقيم بعد الانطواء الاجتماعي ، الانبساط ، وتعكس الدرجة المرتفعة الانطواء الاجتماعي ، وهو يعنى عدم الشعور بالارتياح في المواقف الاجتماعية .

ويصحح هذا المقياس باستخراج الدرجات الخام من مفاتيح خاصة للتصحيح من الورق المخرم والمقياس له صفحة تصحيح أمامية ، وأخرى خلفية ، ويجمعان معا ، ليكون حاصل جمعهما الدرجة الخام للمقياس وتحول إلى درجة معيارية تائية بمتوسط قدره (٥٠) وانحراف معياري قدره (١٠) .

وبحيث تعد استجابة المفحوص خطيرة الدلالة إذا تعدت الدرجة التائية في كل مقياس فرعى انحرافين معياريتين أي عند الدرجة التائية (٧٠) وما بعدها .

المقياس المختصر :

يتكون المقياس المختصر من (٣) مقاييس للصدق وهى (؟) ، والمقياس (ل) ، والمقياس (ف) وتسع مقاييس إكلينيكية وهى تشمل جميع المقاييس ما عدا المقياس (س ى) ويتكون المقياس في صورته المختصرة من (٣٦٦) عبارة فقط .

وينبغي عند تطبيق المقياس المختصر وضع علامة على مكان السؤال ٣٦٧ بحيث يطلب من المفحوص الإجابة على الأسئلة حتى هذا الرقم .

- الصفحة النفسية :

يقوم الأخصائي الإكلينيكي بعد تصحيح المقاييس برسم الصفحة النفسية باستخدام الجداول المعيارية التائية المناسبة ، ويتعين عليه آنذاك أن يسجل على الصفحة النفسية ، وفى تقريره الإكلينيكي نوع المجموعة المعيارية التي استخدمت في تحويل الدرجات الخام إلى درجات تائية .

وفى رسم الصفحة النفسية يلاحظ أنه بالنسبة للمقياس"هـ س"يضاف نصف الدرجة الخام "ك" وبالنسبة للمقياس "ب د" يضاف ٠،٤من الدرجة "ك" ، وبالنسبة لكل من المقياسين "ب ت" ، "س ك" تضاف الدرجة الكلية على المقياس "ك" .

بينما تضاف ٠،٢ من الدرجة على المقياس "ك" إلى الدرجة الخام على المقياس "م أ" حيث وجد أن هذه الإضافات تزيد من القوة التشخيصية لهذه المقاييس .

ولتطبيق الصورة الجمعية يتبع الأخصائي الخطوات التالية :

يقوم الأخصائي بتوزيع كتيبات الاختبار على المفحوصين وأوراق الإجابة مع التنبيه بعدم فتح الكتيبات قبل إلقاء التعليمات :

١ـ يطلب من المفحوصين كتابة البيانات الأولية مثل الجنس والسن والتعليم وذلك على ورقة الإجابة مع التنبيه بعدم كتابة أي بيانات أو علامات على كتيب الأسئلة لاستخدامه عدة مرات .

٢ـ يقرأ الأخصائي التعليمات بصوت عالي وفى الوقت نفسه يطلب من المفحوصين متابعة التعليمات عن طريق القراءة الصامتة للتعليمات المكتوبة على كتب الأسئلة .

٣ـ بعد إلقاء التعليمات يعبر الفاحص عن استعداده للإجابة على أسئلة المفحوصين الذين قد استغلق على أذهانهم بعض التعليمات .

٤- بعد التأكد من أن الجميع قد فهموا طريقة الإجابة يطلب إليهم البدء في الإجابة ، وعلى الرغم من أن ليس هناك زمنا محددا للانتهاء من الاختبار إلا أنه يستحسن تسجيل الزمن الذي يستغرقه كل مفحوص وذلك لحساب الزمن بين البدء الجماعي للاختبار واللحظة التي سلم فيها المفحوص الاختبار بعدد التطبيق مباشرة ذلك لأن هناك فرق بين الذين يستغرقون وقتا قليلا والذين يستغرقون وقتا طويلا .

. تصنيف الصفحة النفسية (الترميز) :

أثبت الاستخدام الإكلينيكي للمقياس أن الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في مقياس واحد من المقاييس المتعددة التي يتكون منها الاختبار تقل في قيمتها التشخيصية عن النمط الذي يتكون من المقاييس الإكلينيكية .

ومقاييس الهدف معا ، لذلك يكون من الضروري وضع نظام للتصنيف ييسر عملية التشخيص وهذا النظام التصنيفي كما يلي:

أولا : يعطى كل مقياس من المقاييس الإكلينيكية رقما على النحو التالي :

رقم المقياس	المقيـــاس	رمز المقياس
١	توهم المرض Hypochondriacs	(هـ س)
٢	الاكتئاب (الانقباض) Depression	(د)
٣	الهستيريا Hysteria	(هـ ى)
٤	الانحراف السيكوباتي Psychopathic Deviation	(ب د)
٥	الذكورة والأنوثة Masculinity – Femininity	(م-ف)
٦	البرانويا Paranoia	(ب أ)
٧	السكاثينيا Psychasthenia	(ب ت)
٨	الفصام Schizophrenia	(س ك)
٩	الهوس الخفيف Hypomania	(م أ)
صفر	الانطواء الاجتماعي Social Introversion	(س ى)

الخطوة الثانية : اكتب رقم المقياس أو المقاييس الذي حصل فيها المفحوص على أكبر درجة تائية .

الخطوة الثالثة : ارسم بعد هذا الرقم (،) بعد آخر رقم في الرمز الفئة (أ) يمثل درجة تائية (٧٠) أو أكثر .

الخطوة الرابعة : اكتب بعد هذا الرقم أرقام أي مقاييس أخرى يحصل فيها المفحوص على درجات تائية أكبر من (٥٤) وذلك بترتيبها التنازلي .

الخطوة الخامسة : ارسم خطا تحت أرقام المقاييس المجاورة التي تتساوى فيها الدرجات التائية أو لا يزيد الفرق بينهما عن درجة واحدة .

الخطوة السادسة : ارسم شرطة هكذا (-) بعد ذلك ثم اكتب رقم المقياس الذي حصل فيه المفحوص على أقل درجة تائية إذا كانت أقل من (٤٦) درجة تائية ، بعد ذلك .

الخطوة السابعة : اكتب أرقام المقاييس التي حصل فيها المفحوص على درجات معيارية تائية بين الرقم الأدنى والرقم (٤٦) .

الخطوة الثامنة : إلى يسار الرمز السابق اكتب الدرجات الخام للمقاييس (ل ،ف ،ك) وبهذا الترتيب وأفصل بين كل منها بنقطتين فوق بعض هكذا ل: ف: ك .

الخطوة التاسعة : إذا كانت الدرجة الخام للمقياس (ل) مساوية أو أكثر من (١٠) أو الدرجة الخام للمقياس (ف) مساوية أو أكثر من (١٦) ضع الرمز (X) مباشرة بعد رمز الفئة ، وقبل الدرجات الخام لمقاييس الهدف وهى علامة تدل على احتمال عدم صدق الصفحة النفسية .

وهذا التصنيف يفيد فى دقة وسرعة التشخيص ويؤخذ في الاعتبار نقطتين هامتين وهما:

ـ النقطة المرتفعة High Point :

وهى المقاييس السابقة على الشرطة والتي حصلت على درجة تائية أكثر من (٧٠) وتشكل مرض حالي يعانى منه المفحوص .

ـ النقطة المنخفضة Down point :

وهى المقاييس التالية على الشرطة والأقل من (٤٦) درجة تائية ، وهى تشير إلى عدم وجود مشكلة نفسية ظاهرة في الوقت الحالي إلا أن الخبرة الإكلينيكية أثبتت أن النقطة المنخفضة تشير في كثير من الأحيان إلى مرض نفسي كامن سرعان ما ينفجر عند تعرض المفحوص لضغوط تؤدى إلى ظهوره .

ـ المثلث العصابى Neurosis Triangle :

وهو يتكون من كل من المقاييس الآتية ، مقياس توهم المرض (هـ س) ، ومقياس الهستيريا (هـ ى) ، ومقياس الاكتئاب"الانقباض" (د) ، وكل من المقياسين توهم المرض ، والهستيريا يشكلان قاعدته ، على حين يكون قمته مقياس الاكتئاب .

ـ المثلث الذهانى Psychosis Triangle :

وهو يتكون من مقياس السيكاثينيا (ب ت) ومقياس الفصام (س ك) ، ومقياس البارانويا (ب أ) .

٢ـ مقياس ماير بيرجز للشخصية Myers-Briggs Type Indication :

يتكون الاختبار من ١٢٦ عبارة مزدوجة الاختيار ويعتمد هذا الاختبار على نظرية يونج الخاصة بالأنماط ، ويقوم المقياس على التسليم بأن الأفراد يختلفون أساسا فى تفضيلاتهم الإدراكية والتقييمية ، ويتم تصنيف استجابات المفحوص على المقياس إلى أربعة فئات وفقا للتفضيل الغالب في كل فئة من الفئات وهى :

١- الانطواء أم الانبساط .
٢- الإحساس أم الحدس .
٣- التفكير أم الشعور ، التقييم أم الإدراك .

ونظرا لأن الفقرات قد صممت منذ البداية لتناسب هذا التخصيص النظري ، فقد تم اختيارها على أساس الاتساق الداخلي في حدود كل فئة ، ويقوم المفحوص بالنسبة لكل من الفقرات الاختبار بالمفاضلة بين اختبارين يمثل كل منهما أحد طرفي الأبعاد الأربعة السابقة ، ويرمز لدرجة المفحوص في النهاية بأربعة حروف تشير إلى التفضيلات السائدة في كل بعد من الأبعاد الأربعة .

ونقل هذا الاختبار للعربية الدكتور/ لطفي محمد فطيم وأجريت دراسة بجامعة عين شمس عليه وتم عمل معايير له وكان معاملات ثباته وصدقه مرتفعين .

٣ـ قائمة أيزنك للشخصية Eysenck Personality Inventory :

وهى صورة متطورة لقائمة مودزلى للشخصية ،تتفق معها في أنها تستهدى نظرية أيزنك في أبعاد الشخصية ، ومن ثم فإنها تهدف إلى قياس بعد الانبساط - الانطواء ، وبعد العصابية ، إلا أن هذه القائمة تمتاز عن سابقتها بتوافر صورتين متكافئتين لها مما ييسر استخدامها في البحوث وبخاصة في المجال الإكلينيكي لرصد تأثير جرعات علاجية معينة .

كما أنها تتميز بأنها أعيدت صياغتها لتصبح أكثر سهولة وبساطة بحيث يمكن فهمها لدى محدودي الذكاء وغير المتعلمين .

وتتميز كذلك بدقة مراعاة تعامد بعدى الانبساط - الانطواء والعصابية بإنقاص معامل الارتباط بينهما إلى ما يقرب من الصفر ، وتتميز أيضا باحتوائها على مقياس الكذب ، وبارتفاع صدقها وثباتها ، إذا ما قورنت بسابقتها .

وتتكون كل صورة من صورتي القائمة من ٥٧ فقرة منها ٢٤ فقرة لقياس الانبساط - الانطواء ، ٢٤ فقرة لقياس بعد العصابية ، وتسع فقرات كمقياس الكذب ، وفقرات مقياس الكذب مقتبسة بشيء من التصرف وإعادة الصياغة من مقياس الكذب (ل) في اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه لقياس الشخصية .

وعادة ما تستبعد الإجابات التي يحصل أفرادها على ٥ درجات على هذا المقياس في أي من الصورتين .

وقد حسب معامل ثبات القائمة بإعادة تطبيقها بعد مضى فترة تتراوح بين ٩ أشهر ، وعام كامل لمجموعتين من ٩٢ ، ٢٧ فردا وقد تراوحت معاملات الثبات للصورتين بين ٥٨ ، . ،٩٧ ، .ولهما معا على كل بعد على حدة بين ٨٤ ، . ،٩٤ ، .

٤ـ مقياس ودوورث للانحرافات العصابية Wood Worth 1917 :

ويتكون هذا الاختبار من مائة وستة عشر سؤالا ينتهي كل سؤال بإجابة (نعم أو لا) ، وقد تمكن ود وورث من عزل المضطربين انفعاليا عن غيرهم بحيث يعفون من الخدمة في القوات المسلحة الأمريكية وسمى هذا الاختبار صحيفة البيانات الشخصية (Personal Data Sheet) والبعض يعترض على هذا النوع من الاختبارات الذي تنتهي عباراته (بنعم أو لا) كاختبار منيسوتا المتعدد الأوجه بأن قيمتها التشخيصية قيمة ضئيلة .

٥ـ اختبار الشخصية السوية (كاليفورنيا) ١٩٥٢ :

أعد هاريسون .ج .غوف Harrison .G . Gough هذا الاختبار فى عام ١٩٥٢ ونشر هذا الاختبار للتطبيق العملي عام ١٩٥٧ ،وأجريت المراجعة النهائية له عام ١٩٦٩ ، ويستخدم هذا الاختبار مع الأسوياء من سن ١٢-٧٠ عاما ،للكشف عن خصائص الشخصية .

ويتكون الاختبار من أربعمائة وثمانون بندا ، ويصحح آليا بواسطة الكمبيوتر ، وينفع تطبيق الاختبار على فئات الأحداث وذوى الميول اللا اجتماعية (السيكوباتيين) .

وينقسم الاختبار إلى أربعة من المقاييس وهى :

أ- مقاييس العلاقات الاجتماعية وهو يتضمن ستة من الأبعاد وهى :

١- السيطرة .

٢- القدرة على بلوغ المكانة الاجتماعية .

٣- الميل الاجتماعي .

٤- الحضور الاجتماعي .

٥- تقبل الذات .

٦- الشعور بالسعادة والرضا النفسي .

ب- مقياس المسئولية والنضج الاجتماعي ، ويحتوى على ستة أبعاد هي :

١ـ المسئولية .

٢ـ المجاراة والنضج الاجتماعي .

٣ـ ضبط الذات-التحكم في النفس .

٤ـ التسامح .

٥ـ إظهار الذات في صورة مقبولة اجتماعيا .

٦ـ مجاراة النمط الاجتماعي الشائع .

ج- مقياس القدرة على التحصيل والكفاية العقلية ويتضمن على ثلاث أبعاد :

١ـ إجادة الإنجاز

٢ـ الاستقلال في الإنجاز .

٣ـ الكفاية العقلية .

د ـ مقياس المزاج النفسي والميول ويتضمن إلى ثلاثة من الأبعاد هي :

١-العقلية السيكولوجية .

٢-المرونة .

٣-الأنوثة .

وينبغي أن نشير أن كثيرا من وحدات هذا الاختبار تم اختيارها من اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه ، والإجابة في هذا الاختبار بنعم أو لا ، ومدة تطبيق هذا الاختبار بين ٤٥-٦٠دقيقة .

وقد تم إجراء المعايير لهذا الاختبار على عينة قوامها (٦٠٠٠) من الذكور ، و(٧٠٠٠) من الإناث ، وقد تم حساب الثبات للمقياس بطريقة إعادة التطبيق وكان ٠ر٧ ، وقد أجرى الصدق صدق المصححين .

٦- اختبار الشخصية (كاليفورنيا) للأطفال
California Test of Personality :

يهدف هذا الاختبار لقياس أهم نواحي الشخصية لدى الأطفال فيما عدا الاستعدادات العقلية ، والتحصيل الدراسي ، والمهارات التعليمية المكتسبة من الأسرة أو المدرسة .

وقد ألف اختبار الشخصية للأطفال (كاليفورنيا) كل من تايغس وكلارك وثوروب عام ١٩٤١ T ges ,Clark and Thorpe

ويقيس الاختبار أبعاد التكيف العام الشخصي والاجتماعي على هذا النحو:

أ. التكيف الشخصي ويحتوى على :

١- اعتماد الطفل على نفسه .
٢- إحساس الطفل بقيمته .
٣- شعور الطفل بحريته .
٤- شعور الطفل بالانتماء .
٥- التحرر من الميل للانفراد .
٦- الخلو من الأعراض العصابية .

ب. التكيف الاجتماعي ويحتوى على :

١- المستويات الأخلاقية والاجتماعية .
٢- المهارات الاجتماعية .
٣- التحرر من الميول المضادة للمجتمع .
٤- العلاقات في الأسرة .

٥- العلاقات في المدرسة .

٦- العلاقات في البيئة المحلية .

وقد قام الدكتور عطية محمود هنا بعمل ثبات وصدق له في البيئة المصرية وكانت عينة الثبات من الذكور والإناث بلغت (٥٦٨) تتراوح أعمارهم بين ٩-١٢عام ،وأجرى الثبات بطريقة كودر ريتشاردسون وبلغت ٠ر٨ .

أما الصدق فلقد أجرى بصدق المصححين وبلغ معامله ٠ر٨ ، وصدق الارتباط المرتبط بمحك آخر بلغ ٠ر٦ .

ويطبق هذا الاختبار على مستوى فردى وجماعي ، ويستخدم في مجالات متنوعة منها الإرشاد النفسي والعملية التربوية والتوجيهية .

وللاختبار صورتان متكافئتان ، وتندرج كل صورة في خمس مستويات رياض الأطفال إلى الجامعة إلى الرشد ، ويحصل المفحوص من خلال إجاباته على فقرات الاختبار على (١٢) درجة تغطى ١٢مجالا مثل الإحساس بالقيمة الشخصية والميول الانسحابية ، والمهارات الاجتماعية ، والعلاقات المدرسية ، وتستخرج من هذه الدرجات الجزئية درجة عامة للتوافق كما يمكن استخراج درجة للتوافق الشخصي وأخرى للتوافق الاجتماعي ، وبذلك فأن المفحوص إنما يحصل من هذا الاختبار ف النهاية على ١٥درجة مختلفة .

٧ـ اختبار الشخصية (بيرنرويتر) ١٩٣٢

Bernreuter Personality Inventory ،

وقد أعده عام ١٩٣٢ روبرت برنرويتر وقام بتعريبه الدكتور محمد عثمان نجاتي ويتكون هذا المقياس من مائة وخمسة وعشرون سؤالا تتطلب الإجابة عليها بنعم أو لا ، أو علامة (؟) للتردد في الإجابة ، والمقياس يقيس أربعة من سمات الشخصية هي:

١- الميل العصابي .　　　　٢- الاكتفاء الذاتي .

٣- الانطواء - الانبساط .

٤- السيطرة - الخضوع .

٥- الثقة بالنفس .

٦- المشاركة الاجتماعية .

ويذكر أن المقاسين الأخريين قد أضافهما فلانجان Flanagan ، وقد قام الدكتور محمد عثمان نجاتي بعمل معايير هذا الاختبار على طلاب المدارس الثانوية والإعدادية ، وقد أشارت الكثير من الدراسات على وجود معاملات صدق وثبات ارتباطية بين وحدات هذا الاختبار (التحليل العاملى) .

٨ـ اختبار جيلفورد للشخصية (Joy .P .Guilford and Howard .G . Martin) :

قام كل من جوى .ب .جيلفورد مارتن بوضع بعض الاستبيانات التي تقيس متغيرات متعددة في الشخصية ، وقد اختيرت هذه المتغيرات بناءا على دراسة عاملية .

والقائمة الأولى تقيس العوامل التالية :

١- الانطواء الاجتماعي

٢- الانطواء في التفكير .

٣- الاكتئاب .

٤- التقلبات الوجدانية .

أما القائمة الثانية فتحتوى على خمسة من السمات هي :

١- النشاط المفرط .

٢- حب السيطرة .

٣- الذكورة في الميول .

٤- غياب الشعور في النقص .

٥- غياب العصبية والتوتر .

أما القائمة الثالثة فتحتوى على ثلاثة سمات تسمى (المجموعة البارانوية) وهى :

١- الموضوعية - الذاتية .

٢- التعاطف - التمرد .

٣- التعاون - التنافر .

وقد اشترك جيلفورد مع زمرمان (Guilford-Zimmerman) في إعداد القائمة الرابعة وهى:

١- سمة النشاط العام .

٢- سمة القمع .

٣- سمة السيطرة .

٤- الروح الاجتماعية وعدم الانطواء .

٥- الاتزان الانفعالي .

٦- الموضوعية .

٧- الصداقة والتعاطف .

٨- التأمل .

٩- التعاون والعلاقات .

١٠- الذكورة .

وقد استخدمت القائمة الرابعة كمقاييس في عدد من الأبحاث والدراسات النفسية وتستخدم حاليا بشكل فردى في المجال الإكلينيكي .

وقد قام الدكتور مصطفى سويف بنقل هذه المقاييس إلى اللغة العربية وعمل معايير لها .

٩ـ اختبار كورنيل فى الشخصية :

مؤلفه هو آرثرو ايدرو وو(A. Weider) آخرون ، ويهدف هذا الاختبار للتقييم الإكلينيكى والسيكوسوماتى لعدد من الأشخاص في مواقف متعددة ومختلفة .

والاختبار عبارة عن مائة وواحد سؤالا (١٠١) تشير إلى الأعراض النيروسيكلوجية ، والسيكوسوماتية ، وهو أداة تستطيع التمييز بين المصابين باضطرابات شخصية وسيكوسوماتية وبين الأسوياء وهى مقسمة على النحو التالي :

١ـ سؤال تمهيدي .

٢ـ من ٢- ١٩(تعبر عن انعدام التوافق كما يعبر عنه في مشاعر الخوف) .

٣ـ من ٢٠-٢٦ (الاستجابات الباثولوجية وعلى الأخص الاكتئاب) .

٤ـ من ٢٧- ٣٣ (العصبية والقلق) .

٥ـ من ٣٤ ـ ٣٨ (الأعراض السيكوسوماتية) .

٦ـ من ٣٩-٤٦ (استجابات الذعر الباثولوجية) .

٧ـ من ٤٧-٦١ (أعراض سيكوسوماتية أخرى) .

٨ـ من ٦٢-٦٨ (الوهن وتوهم المرض) .

٩ـ من ٦٩-٧٩ (الأعراض السيكوسوماتية الخاصة بالمعدة والأمعاء) .

١٠ـ من ٨٠-٨٥ (الشك والحساسية المفرطة) .

١١ـ من ٨٦-١٠١(السيكوباتية الشديدة) .

وقد تم عمل ثبات بطريقة كودر ريتشاردسون على ١٠٠٠حالة فكان معامل الثبات ٠٫٩، أما معامل الصدق فأجرى على المجموعات المتعارضة وكان دالا إحصائيا .

وفى مصر قام الدكتور محمود السيد أبو النيل ومن قبله الدكتور محمود الزيادي بعمل الكثير من الدراسات النفسية عليه وقد أثبتت الدراسات صلاحيته في العمل الإكلينيكي .

١٠. مقياس التحليل الإكلينيكي للشخصية Caq :

تأليف الدكتور/ عبد الرقيب أحمد البحيري واضع هذا المقياس في الأصل العالم صموئيل كرج samuel Krug وترجمه وقننه على البيئة المصرية الدكتور عبد الرقيب البحيرى وقبل إعداد المقياس الأصلي قام العالم كاتل Cattel وزملائه بعمل برامج من الأبحاث لمزج طريقين رئيسيين هامين في تطور تقدير الشخصية هما :

١- قياس زملة الأعراض المرضية الهامة وأنماط السلوك المنحرف كما هي محددة عن طريق الملاحظة الإكلينيكية .

٢- قياس السمات المعروفة والتي تتكرر بثبات عن طريق التجريب التحليلي على الكبار الأسوياء .

وبعد مزيد من الأبحاث أنجز مقياس Caq ليقيس السمة المرضية والسوية في نفس الوقت ويقدم صورة متكاملة ومتعددة الأبعاد للفرد .

ويتكون المقياس من قسمين :

الأول: يقيس سمات الشخصية السوية .

والثاني : يقيس العوامل الإكلينيكية لدى الفرد .

أولاً : سمات الشخصية : يتكون المقياس من ١٦سمة للشخصية هي :

١ـ الدفء .

٢ـ الذكاء .

٣ـ الثبات الانفعالي .

٤ـ السيطرة .

٥ـ الاندفاعية .

٦ـ الانسجام مع المحيط الخارجي .

٧ـ المغامرة والإقدام .

٨ـ الحساسية .

٩ـ الارتياب والشك .

١٠ـ التخيل .

١١ـ الدهاء .

١٢ـ عدم الشعور بالأمن .

١٣ـ التحرر .

١٤ـ الاستقلال الذاتي .

١٥ـ ضبط النفس .

١٦ـ التوتر .

ثانياً : العوامل الإكلينيكية : يتكون المقياس من ١٠ عوامل إكلينيكية هي:

١ـ التوهم المرضى .

٢ـ الاكتئاب الباعث على الانتحار أو الاكتئاب المصحوب بالقلق أو الاكتئاب المصحوب بالطاقة المنخفضة ؟

٣ـ الهياج .

٤ـ الاستياء والشعور بالذنب .

٥ـ الانسحاب والملل .

٦ـ البارانويا .

٧ـ الانحراف السيكوباتي .

٨ـ الفصام .
٩ـ السيكاثينيا .
١٠ـ القصور النفسي .

ـ الفرق بين مقياس Caq ومقياس MMPI :

١- مقياس Caq يقيس سمات الشخصية السوية والعوامل الإكلينيكية بينما يقيس MMPI العوامل الإكلينيكية فقط .

١١- اختيار المسح السيكولوجي ١٩٨١

Lanyon,s Psychological Screening Inventory

وهو من تأليف ريتشارد لينون ، ويعتبر هذا الاختبار من نوع الاختبارات المصنفة (B) كما عرفتها جمعية علم النفس الأمريكية ، ولقد صمم هذا الاختبار لمقابلة الاحتياج للقيام بمسح سيكولوجي مختصر في الحالات التي يكون فيها الزمن عاملا ضاغطا .

ويشمل الاختبار على ١٣٠عبارة تطلب الإجابة عليها بنعم أو لا ، وصيغت عبارته بحيث تناسب القارئ العادي ، والاختبار يتكون من خمسة مقاييس كل منها مصمم لاستخلاص معلومات محددة عن المستجيب كل بند من البنود ، ما عدا اثنين يتم تسجيلهما في واحد من المقاييس .

ـ والمقاييس الخمسة هي :

١ـ مقياس الغربة (الفصام) Schizophrenia :

ولقد صمم هذا المقياس من أجل تحديد تشابه المستجيب مع المرضى النفسيين المقيمين بالمستشفيات ، والحصول على درجة عالية في هذا المقياس من قبل فرد ينتمي إلى مجموعة تم حجز نسبة كبيرة منها بالمستشفيات ، يدعم الاعتقاد بأن مشاكل المستجيب ذات طبيعة تستدعى تدقيقا نفسيا ، أو طبيا عقليا منهجيا .

٢ـ مقياس التفرد الاجتماعي (السيكوباتية) Psychopathic :

ولقد صمم هذا المقياس لتحديد درجة تشابه المستجيب بالخارجين على القانون ، أو ذوى السلوك الخارج على المجتمع ، أو المضاد له ،أولئك الذين تم حجزهم في المؤسسات العدلية من سجون وإصلاحيات .

والحصول على درجة عالية في هذا الاختبار من قبل فرد ينتمي إلى مجموعة قد تم حجز أو قد يتم حجز قسم كبير نسبيا منها يدعم الافتراض بأن سلوك المستجيب قد يكون مشابها لسلوك هذه المجموعة في حين أن حصول شخص خارج على القانون على درجات منخفضة في هذا المقياس قد يشير إلى أن لسلوك هذا الفرد أساس يختلف عن سلوك النمطين من الخارجين على القانون .

٣. مقياس الضيق (الاكتئاب) Depression :

وصمم هذا المقياس بهدف تقييم بعد الشخصية الخاص بالقلق ،أو عدم التوافق المدرك من قبل المستجيب ،الأفراد الذين يحصلون على درجة عالية في هذا البعد يوصفون بأنهم أكثر قابلية للقلق وللانهيار العصابي تحت ظروف الضغط النفسي ،وأنهم لا يحصلون إلا على القليل من متع الحياة ،كما أنهم يشتكون من أعراض جسمية مختلفة ويحسون بالعديد من ضروب عدم الراحة والمتاعب النفسية ، من الجانب الآخر يعتبر الأشخاص الذين يحصلون على درجات متدنية في هذا المقياس من الأفراد الذين يرون أنفسهم كأشخاص مكتفين ومرتاحين من منظور ذاتي ، قادرين على التكيف وذوى ثراء داخلي ، وقادرين على مقابلة الظروف المستجدة بقدر كاف من المرونة .

٤. مقياس التعبير (الانبساطية) Extroversion :

ولقد صمم هذا المقياس لقياس بعد الشخصية الخاص بالانبساط أو عدم السيطرة الذاتية ، فالأشخاص الذين يحصلون على درجة عالية في هذا المقياس هم في الواقع من طائفة الأشخاص الذين يوصفون بأنهم انبساطيون ومسيطرون (على الآخرين) ، اجتماعيون ،لا يعتمد على التنبؤ بسلوكهم ،يتبعون نزواتهم وأن سلوكهم ابن اللحظة .

أما الأفراد فى الجانب المعاكس من هذا المقياس فيغلب أن ينظر إليهم كانطوائيين طوعيين لوازع الضمير ،دقيقين وتفصيلين فى تناول الأشياء ،كما أنهم هادئون يمكن الاعتماد عليهم والتنبؤ بسلوكهم ،مترددون ومنضبطون .

٥. مقياس الدفاعية Defense :

وصمم هذا الاختبار لقياس ذلك القدر من الدفاعية التي تميز استجابات المستجيب ، بحيث أن الحصول على درجات عالية في هذا المقياس تدل على أن العميل

كان يحاول إظهار نفسه بصورة إيجابية مستحبة ، في حين أن الحصول على درجات منخفضة يشير إلى قدر غير عادى من الصراحة والاستعداد للاعتراف بصفات سلبية وغير مستحبة .

ويطبق هذا الاختبار فرديا وجماعيا ،وقد ترجم الاختبار للعربية بواسطة الدكتور حسن عيسى وطه أمير وقنن على البيئة الكويتية ، بمعايير أجريت على عينة قوامها (٢٢٧) من الذكور ،٢٥٢من الإناث ، في مدى عمري من ١٦-٥٠عام بمتوسط ٢٥ عام تقريبا ، وانحراف معياري يساوى ٨ سنوات و٨ شهور .

وتم حساب الثبات بإعادة التطبيق ، وعن طريق حساب كودر ريتشاردسون للاتساق الداخلي ،وقد زاد متوسط الثبات عن ٠ر٧ .

أما الصدق ،فلقد أجرى الصدق على مجموعات متعارضة ، وصدق المضمون .

الفصل الثامن
مدارس العلاج النفسي

عناصر الفصل الثامن :

- مقدمة
- علاقة علم النفس الإكلينيكي بالطب النفسي
- الاستشارة النفسية
- مدارس العلاج النفسي
- أولا : العلاج المعرفي السلوكي
- نظرة تاريخية حول العلاج المعرفي السلوكي
- نشأة العلاج المعرفي
- الأساس الفلسفي والمبادئ للنظرية المعرفية
- العلاج المعرفي السلوكي الحديث
- ثانيا : العلاج بالواقع
- ثالثا : العلاج غير الموجه
- رابعا : العلاج عن طريق اللعب وممارسة الفنون
- خامسا : العلاج الإكلينيكي
- سادسا : العلاج النفسي الجسمي (السيكوسوماتي)
- سابعا : العلاج النفسي الذاتي
- ثامنا : العلاج بالفن

الفصل الثامن
مدارس العلاج النفسي

مقدمة :

في هذا الفصل يتم تناول مدارس العلاج النفسي ، ويتم تناول العلاقة الوثيقة بين علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي ثم سيتم تناول بعض المدارس العلاجية وفيها يتم التعرف على طريقة كل مدرسة علاجية في العلاج النفسي والأساس النظري الذي يقوم عليه كل اتجاه علاجي ، كما سيتم تناول الفنيات العلاجية لكل مدرسة علاجية ، وسنبدأ بالحديث عن علاقة علم النفس الإكلينيكي بالطب النفسي .

- علاقة علم النفس الإكلينيكي بالطب النفسي :

إن كتابة فصل عن إسهام علم النفس الإكلينيكي في الطب النفسي بنفس الطريقة التي يمكن أن تكتب بها عن إسهام رسم المخ الكهربائي أو العقاقير النفسية يواجه صعوبة كبيرة ولعل ذلك يرجع إلى سببين :

أولاً : موضوع علاقة علم النفس بالطب النفسي يختلف عن أي موضوع آخر ففي إنجلترا تعرف الأمراض النفسية والعقلية بالطب النفسي "Applide psychology" فإيجاد تقسيمات تشخيصية وطرق للعلاج النفسي ، واستخدام وسائل علم النفس في العلاج وكذلك البحث في ديناميات وميكانيزمات الأمراض العصابية والذهانية كل ذلك يعتبر من واجبات كل من الأطباء النفسيين وعلماء النفس ، وتحديد واجبات كل وتحديد تأثير كل منهما والتقائها ليس أمرا هينا ، ونظرا لهذا الارتباط والتشابه فإن هناك كثيرا من المحاولات والمناقشات والمعارك بين النظامين وليس هناك خط واضح يفصل بين الاثنين .

ثانياً : لا يمكن حتى الآن لأي من جانبي الطب النفسي أو علم النفس أن يدعي أنه يوجد نظرة موحدة ثابتة ففي داخل كل منها اختلافات ومنازعات تماما كالتي توجد بين الاثنين .

ـ الاستشارة النفسية :

سبق أن ذكرنا عند التفريق بين المناهج التي نقابل بها الاضطرابات النفسية أن منها البسيط لا يحتاج بالضرورة إلى استخدام طرق العلاج المعقدة كالتحليل النفسي أو ما أشبه ، ومنها ما يحتاج إلى هذه الأنواع من العلاج . ومنها الأكثر تعقيدا ، الذي يصعب علاجه مثل بعض أنواع الأمراض العقلية .

وضربنا مثالا لذلك بالمصاب بالصداع العادي ، فنحن لا نسميه في العادة مريضا ، وكذلك من يشكو من البرد الخفيف ، فمثل هذه الأنواع من الاضطرابات العضوية ، التي لا تقعد بصاحبها عن عمله ، والتي ترجع إلى أسباب عارضة جوية أو نحو ذلك ، والتي لا تحتاج إلى البحث الدقيق لأنها واضحة الأعراض والأسباب ، واضطرابات لا تصل إلى درجة المرض الذي يحتاج إلى من يتعمق في فحص أسبابه ووصف أنواع خاصة من العلاج له . وكذلك الحال بالنسبة للاضطرابات النفسية منها البسيط التي لا تحتاج إلى التقصي والتحليل ومنها المعقد .

وليس معنى هذا الكلام أن هذه الأنواع البسيطة من الاضطرابات العضوية أو النفسية لا تحتاج إلى العناية والاهتمام . فكم من مرض بسيط أهمله صاحبه فأدى بحته إلى نتائج غاية في السوء . البرد البسيط مثلا إذا تركه الإنسان قد يؤدي به إلى كثير من أمراض الصدر شديدة الخطورة . وكذلك الحال بالنسبة للاضطرابات النفسية البسيطة والمشكلات الانفعالية الهينة إذا أهملت وتركها صاحبها لشأنها قد تؤدي إلى اضطرابات أعقد في السلوك . ولذلك وجب علينا أن نهتم بها منذ أول شعورنا وإحساسنا بها .

والاستشارة النفسية هي المنهج الذي نقابل به هذا النوع من الاضطرابات . فنحن كثيرا ما نحتاج إلى المشورة النفسية عندما نجد أنفسنا مثلا نخجل من المواقف الاجتماعية التي لا يخجل فيها الآخرون ، أو نفشل في تكوين علاقات اجتماعية طيبة مع الزملاء في العمل أو مع الجيرة أو تكوين صداقات مثل بقية الناس ، أو عندما تخاف وتضعف قدرتنا على التركيز والاستذكار عندما يقترب موعد الامتحان ، أو نفشل في حياتنا الزوجية أو الملية لعدم قدرتنا على التوافق مع الآخرين . . ففي مثل هذه المواقف نجد أنفسنا في حاجة إلى المعونة وإلى المساعدة ، نجد أنفسنا في حاجة إلى من يرشدنا إلى

الطريق الذي نسلكه ، ويعيننا على حل المشكلات التي تواجهنا ، والتغلب على الصعوبات التي نشكو منها .

مثل هذه المواقف والمشاكل لا تصل إلى مستوى الحالات المرضية ، والتي ترجع أسبابها إلى الظروف العادية المحيطة ، والتي هي في أصلها نتيجة لعدم توافق الفرد مع هذه الظروف . . هي التي تفيد فيها الاستشارة النفسية . فالاستشارة النفسية خاصة بالأسوياء الذين يشكون فقط من بعض الصعوبات أو المشاكل أو الاضطرابات البسيطة . وهي تهتم بالتعرف على قدرات الشخص ونواحي قوته وأساليب تكيفه مع الحياة بقصد مساعدته على استخدام هذه القدرات ونواحي قوته وأساليب تكيفه مع الحياة بقصد مساعدته على استخدام هذه القدرات ونواحي القوة عنده في التغلب على مشاكله وجعل حياته أكثر تكيفاً .

ولتحقيق هذه الغاية يبدأ الأخصائي النفسي في العادة بالسؤال عن كل ما يعتقد أن له صلة بالمشكلة التي يشكو منها الفرد ، سواء من ناحية تكيفه العائلي أو المدرسي أو في العمل حسب نوع المشكلة . ويمتد السؤال في العادة إلى المحيطين بالفرد ، إلى الأب مثلاً أو الأم إذا كانت الحالة خاصة بأحد الأطفال أو أحد المراهقين ، وإلى المدرسين والمشرفين إذا كانت المشكلة مدرسية أو نحو ذلك . هذه المعلومات والبيانات التي يجمعها الأخصائي مهمة . لأنه على ضوئها يمكنه أن يحدد طبيعة المشكلة .

ومن الوسائل المفيدة لتحقيق هذا الغرض البطاقات المدرسية التي تسجل فيها كل البيانات الخاصة بالتلميذ ، وأيضا الاختبارات النفسية التي تعطي فكرة عن استعدادات الفرد العقلية وسمات شخصيته ونوع ميوله واتجاهاته وغير ذلك من النواحي المتعلقة به .

وعلى ضوء البيانات والمعلومات المستمدة من المصادر المختلفة . يرسم الأخصائي صورة للفرد تبين نواحي قوته وضعفه ، وآراءه واتجاهاته ، والطريقة التي يتصرف بها بالنسبة لمشكلاته ، والطرق الأخرى البديلة التي يمكن أن تحل محلها وتفيده في التغلب على مشكلاته وإيجاد حلول مناسبة لها .

ويحدد الأخصائي على ضوئها أيضاً أسباب المشكلة الخاصة التي يدرسها ، والعوامل المختلفة التي أثرت فيها ، ثم يساعد الفرد على إدراك طبيعة هذه العوامل

والأسباب . وعلى أساس هذا الفهم لطبيعة المشكلة وأسبابها ، وعلى ضوء فهم الطرق المناسبة لمواجهتها .

وعلى ضوء الاعتبارات الخاصة بالفرد من حيث استعداداته وصفاته ، يضعان معاً – أقصد الأخصائي والفرد – خطة للتغلب على المشكلة ونموذجاً يتبعه الفرد بالنسبة لها ، وبالنسبة للمشاكل الأخرى المماثلة التي يواجهها في المستقبل .

هذا هو المنهج العام للاستشارة النفسية الذي يقابل به الأخصائيون النفسيون في العادة الحالات التي لا تحتاج إلى الطرق الصعبة في العلاج كالتحليل النفسي . وهي – أقصد الاستشارة النفسية – كافية للحالات التي أشرت إليها والحالات أو المشاكل المشابهة .

ولما كانت أغلب المشاكل التي تواجهنا في حياتنا هي من هذا النوع ، الذي لا تخلو منه حياتنا اليومية ، في علاقاتنا الاجتماعية ، وفي مواجهتنا لظروف العمل أو المدرسة ... أو غير ذلك من مجالات الحياة .

فكم من تلميذ يتأخر في دراسته لأسباب بسيطة لو درسناها وعرفناها وأرشدناه إلى طرق التخلص منها ، أمكن أن يستمر في دراسته بنجاح ، وكم من رجل فشل في تكوين علاقات طيبة مع زملائه في العمل أو مع أهل بيته ، وانهارت بسبب ذلك حياته .

وكم من أب تسبب في ضياع أولاده لأنه أهمل في مقابلة بعض تصرفاتهم ومشكلاتهم وتركهم لشأنهم .

وكم منا يخاف مجالسة الغير .. ويخجل في حضرتهم .. أو يخشى اللوم والنقد وتؤذيه أقل كلمة عتاب . كل هذه الصور من المشاكل والاضطرابات التي نعاني منها ولا نسأل عن أسبابها ، ونأخذها على أنها جزء من طبيعتنا ، وشكل من أشكال حياتنا ، يمكن أن نتخلص منها ويمكن بالتالي أن تكون حياتنا أسعد وأهدأ عندما نخلو منها .

ولذلك أصبح من الضروري أن نوفر للناس هذا المجال من الخدمة النفسية في كل مكان .

في المدرسة لتساعد التلاميذ المشكلين على التخلص من مشكلاتهم وتوفر لهم جواً

هادئا للتعلم . وفي مراكز الخدمات الاجتماعية وخدمة الأسرة لتقديم الاستشارات النفسية اللازمة .

وفي مراكز التأهيل المهني والمؤسسات العامة وغيرها .

إن خلو الإنسان من أسباب التوتر النفسي يتيح له فرصاً أكثر للاستمتاع بالحياة وللإنتاج ولنضع هذا في اعتبارنا ونحن نخطط لحياة الناس .

كما نضع في اعتبارنا باستمرار أمور تعليمهم بإنشاء المدارس والمعهد والجامعات ، أو علاجهم من أمراض الجسم بإنشاء المستشفيات . . أو غير ذلك من أنواع الخدمات .

ـ مدارس العلاج النفسي :

سيتم تناول بعض الاتجاهات والمدارس العلاجية والتي تتناول الاضطرابات النفسية وذلك على النحو التالي :

أولا : العلاج المعرفي السلوكي :

ويستدل من اسم هذا النوع من العلاج بأنه محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي مع الجوانب المعرفية والانفعالية للمريض ضمن السياق الاجتماعي .

يذكر" كلارك" و" فايربرن" Clark and Fairburn أن مصطلح العلاج المعرفي السلوكيCognitive Behavior Therapy ظهر في بداية الثلث الأخير من هذا القرن (القرن الماضي) ، وأصبح في وقت قصير ، العلاج النفسي الرئيسي في معظم الدول المتقدمة .

ـ نظرة تاريخية حول العلاج المعرفي السلوكي :

تنبه الفلاسفة اليونان منذ القدم إلى أن إدراك الإنسان للأشياء – وليس الأشياء نفسها – تلعب دورا هاما في تحديد نوع استجابته وهي التي تسم سلوكه وتصفه بالاضطراب أو السواء ، وفي هذا الصدد يقول الفيلسوف الروماني إيكتيوس ا يضطرب الناس من الأشياء ولكن من الآراء التي يحملونها عنها .

وقد أشار العلماء المسلمين للدور الذي يلعبه التفكير في توجيه سلوك الإنسان وفي سعادته وفي شقائه . وقد سبقوا بذلك العلماء المحدثين في إبراز أهمية العوامل

المعرفية في توجيه استجابات الفرد للظروف المحيطة به . فقد أوضح ابن القيم قدرة الأفكار - إذا لم يتم تغييرها - على التحول إلى دوافع ثم سلوك حتى تصبح عادة يحتاج التخلص منها إلى جهد أكبر .

كما أشار الغزالي إلى أن بلوغ الأخلاق الجميلة يتطلب أولا تغيير أفكار الفرد عن نفسه ثم القيام بالممارسة العملية للأخلاق المراد اكتسابها حتى تصبح عادة ولم يخلو التراث الإسلامي أيضا من الإشارات الواضحة لأثر التفكير ليس فقط في توجيه السلوك ولكن أيضا في الحالة الصحية للناس ، ويبدو ذلك جليا في القول المأثور" لا تمارضوا فتمرضوا فتموتوا" ويفيد" بيك" " أن العلاج المعرفي على دعائم فلسفية ليست جديدة ، بل موغلة في القدم ، وتعود بالتحديد إلى زمن الرواقيين Stoics حيث اعتبر الفلاسفة الرواقيون أن فكرة الإنسان عن الأحداث ، وليست الأحداث ذاتها هي المسئولة عن اعتلال مزاجه . إلى هذا المنطق الرواقي يستند هذا العلاج المعرفي . فالمشكلات النفسية ترجع بالدرجة الأساس إلى أن الفرد يقوم بتحريف الواقع وإلى الحقائق بناء على مقدمات مغلوطة وافتراضات خاطئة .

وتنشأ هذه الأوهام عن تعلم خاطئ في إحدى مراحل نموه المعرفي" .

وتفترض النظرية المعرفية أنه من الممكن إحداث تغييرات انفعالية وسلوكية وجسمية من خلال إحداث تغييرات في أفكار واعتقادات المريض .

ـ نشأة العلاج المعرفي :

سبق العلاج المعرفي علم النفس المعرفي ، وسوف نستعرض التسلسل التاريخي لتطور هذا النموذج العلاجي . حيث بداء الاهتمام بالعلاج المعرفي مع بداية النصف الأخير القرن الماضي . وإن كان البعض من الرواد قد تزامنوا في تقديم نماذجهم في نفس الفترة .

ويشمل مفهوم العلاج المعرفي مناهج عديدة تتشابه في جوهرها وتختلف في فنيات تطبيقها . وعلى الرغم من أن هناك من عشرين نوعا منها ولكن أشهرها : منهج" بيك" في العلاج المعرفي ، ومنهج "ألبرت إليس" في العلاج العقلاني الانفعالي .

وكان لـ" بيك' السبق فيها بعد أن نشر مقالا عام ١٩٥٢ حول تطبيق العلاج المعرفي على حالة فصام مزمن ، أشار فيه إلى أنه قام بإضفاء صبغة مقبولة وطبيعية على

هذاءات ثم طلب منه القيام بفحص منظم لمعرفة دقتها ، وقد لاحظ بشيء من الدهشة أن هذاءات المريض بدأت تختفي بالتدريج .

وفي عام ١٩٥٥م قدم أفكاره حول التصورات الشخصية Psychology Kelly of personal constructs وكان له كبير الأثر على بداية العلاج النفسي المعرفي ، لأنه ركز أهمية الطرق الذاتية التي ينظر ويفسر من خلالها الفرد لما يدور حوله في تغيير السلوك . حيث يرى في نظريته ، نظرية التصورات الشخصية personal construct أن الشخص يقوم بصياغة تصورات (توقعات) حول ما يجري من حوله ، ثم يتفحص هذه التصورات ، وبناء على النتائج التي يتوصل إليها يقوم بتصحيح أو تعديل هذه التصورات ، أي أنه يقوم بإعطاء معاني للظواهر لكي يستطيع فيما بعد توقع ما قد يحدد ويحاول التحكم به .

وبذلك يرى" كلي" أن الطريقة التي ينظر بها الناس للعالم من حولهم قد تخلق لهم الاضطرابات النفسية . حيث أن لدى كل فرد مجموعة من التصورات الأساسية التي يكون من خلالها هوية لنفسه واضطراره للابتعاد عن هذه الهوية في سبيل استيعاب خبرات جديدة قد إلى شعوره قد يؤدي إلى شعوره بالذنب ، وقد يشعر الفرد بالقلق في حالة عدم قدرته على التوقع بما سيؤول إليه موقف معين وعدم استطاعته بالتالي على القيام بسلوكيات ملائمة .

وقد تظهر المشكلات النفسية عندما يعجز النظام التصوري Construct system لدى الفرد في توقع الحوادث أو احتوائها ضمن الخبرات السابقة بطريقة تكفل القيام بسلوك منظم ، الأمر الذي يؤدي إلى إحداث تشويه في النظام التصوري للفرد وهذا بدوره يقود إلى التوتر .

ومع ذلك لم تلق نظرية" كلي" قبولا كبيرا من قبل المشتغلين بالعلوم المعرفية لصعوبة فهمها ، ولكثرة تفاصيلها مع قلة المنشور حولها من كتب ودراسات .

وتزامن في نفس هذه الفترة ظهر العلاج العقلاني الانفعالي لـ "ألبرت إليس" قبل التطورات الأساسية في علم النفس المعرفي وكانت نظرية علاج الاكتئاب لـ "بيك" في مراحلها الأولي . حيث كان 'إليس" بصدد التخلي عن التحليل النفسي وتطوير نظرية معرفية سلوكية خاصة به . وفي الوقت الذي كان فيه 'بيك" يبتعد بالتدريج عن التحليل

النفسي ويبني نظريته في العلاج المعرفي خطوة بخطوة . كما كان" كلي" أيضا يبلور أفكاره حول دور الجوانب المعرفية في تكيف الإنسان مع بيئته . يقول "إليس" بهذا الخصوص تزامنه مع بيك" وبصورة مستقلة عما قمت به ، بدأ أيضا معالج تحليل نفسي آخر من فيلادلفيا (يقصد بيك) بالتخلي عن الفنيات التحليلية وتطوير نوع من العلاج المعرفي (١٢٩ : ١٧٣) .

وقد توصل "إليس" في يناير ١٩٥٥ إلى ما أسماه العلاج العقلاني وغير اسمه لاحقا في عام ١٩٦١ إلى العلاج العقلاني الانفعالي Rational Emotive Therapy ويرجع "إليس" نشوء الأمراض النفسية إلى ما تم تعلمه من الأفكار غير العقلانية من الناس المهمين خلال فترة الطفولة بالإضافة إلى ما يبتدعه الأطفال أنفسهم من اعتقادات غير منطقية وخرافات . وبعد ذلك يقوم الناس بإعادة تنشيط هذه الاعتقادات غير الفعالة من خلال الإيحاء الذاتي والتكرار .

وتنتج معظم الانفعالات من التفكير ويشكل اللوم للنفس وللآخرين حجر الأساس في معظم الاضطرابات الانفعالية .

وهكذا فإن التطبيقات الإكلينيكية للمنظور المعرفي Cognitive perspective بصورة عامة سبقت النظرية والبحوث المنهجية المرتبطة بعلم النفس المعرفي formal .

ـ الأساس الفلسفي والمبادئ للنظرية المعرفية :

تعتمد النظرية المعرفية في تناول الأمراض النفسية على تفسير الكيفية التي تتم من خلالها معالجة المعلومات ، وتفترض هذه النظرية أن الاضطرابات لدى الفرد ناتج وجود أخطاء في معالجة المعلومات لديه ، مما يترتب عليها وجود أبنية معرفية (مخططات) كامنة عاجزة عن التكيف تسيطر على المريض . بناء على ما ينتج عنها من أفكار تلقائية تصاحب الاضطراب وتساعد على استمراره .

ونظرا للتطورات السريعة التي تحدث في العلوم المعرفية بصورة عامة وفي نظرية العلاج المعرفي بصورة خاصة . فقد تم تحديد مبادئ خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي الذي يمارس ضمن حدود مسلمات النظرية المعرفية .

١- يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على صياغة مشكلة المريض وتنقيحها بصورة

مستمرة ضمن الإطار المعرفي ويعتمد المعالج في صياغة مشكلة المريض على عوامل متعددة مثل تحديد الأفكار الحالية للمريض (أنا فاشل لا أستطيع عمل أي شيء كما ينبغي) ، الأفكار التي تساهم في استمرار الوضع الانفعالي للمريض والتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها . ثم التعرف على العوامل المرسبة التي أثرت على أفكار المريض عند ظهور المرض مثل (حادثة محزنة ، تغير شيء مألوف) وبعد ذلك التعرف على الأسلوب المعرفي الذي يفسر من خلاله المريض الحوادث التي يتعرض لها مثلا عزو النجاح للحظ ولوم النفس على الفشل) . ثم يقوم المعالج بصياغة المشكلة في الجلسات الأولى ولكنه يستمر في إجراء تعديلات عليها كلما حصل على معلومات جديدة .

٢- يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض تجعل المريض يثق في المعالج ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف والاهتمام بالمريض وكذلك على الاحترام الصادق وحسن الاستماع .

٣- يشدد العلاج السلوكي على أهمية التعاون والمشاركة النشطة . العمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات وفي إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات .

٤- يسعى المعالج إلى تحديد أهداف معينة ، يسعى لتحقيقها وحل مشكلات محددة .

٥- يركز العلاج المعرفي السلوكي على الحاضر . حيث يتم التركيز على المشكلات الحالية وعلى مواقف تثير القلق لدي المريض . ومع ذلك فقد يتطلب الأمر الرجوع إلى الماضي في حالة :

أ - رغبة المريض الشديدة في القيام بذلك .

ب- عدم حدوث تغير يذكر في الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية .

ج- عندما يشعر المعالج بأن هناك حاجة لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى المريض .

٦- العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي ، يهدف إلى جعل المريض معالجا لنفسه كما أنه يهتم كثيرا بتزويد المريض بالمهارات اللازمة لمنع عودة المرض بعد التحسن (الانتكاس) .

٧- العلاج المعرفي السلوكي علاج مكثف قصير المدى يتم علاج معظم الحالات مدة تتراوح ما بين ٤-١٢ جلسة وقد يستمر إلى فترة أطول من ذلك .

٨- تتم الجلسات في العلاج المعرفي السلوكي وفق جدول عمل محدد يحاول المعالج تنفيذه ، للتعرف على الوضع الانفعالي للمريض ، ويطلب من المريض تقديم ملخص لما حدث خلال الأسبوع الماضي ، إعداد جدول أعمال الجلسة (بالتعاون مع المريض) ، التعرف على رد فعل المريض حول الجلسة السابقة ، مراجعة الواجبات المنزلية ، تقديم ملخصات لما تم في الجلسة بين الحين والآخر ، ثم أخذ رأي المريض فيما تم في نهاية الجلسة .

٩- يعلم العلاج المعرفي السلوكي المريض كيف يتعرف على الأفكار والاعتقادات غير الفعالة وكيف يقومها ويستجيب لها .

١٠- يستخدم العلاج المعرفي السلوكي فنيات متعددة لإحداث تغييرات في التفكير ، المزاج ، والسلوك . يستخدم العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى الفنيات المعرفية الأساسية مثل الأسئلة الجدلية (السقراطية) والفنيات السلوكية .

١١- يؤكد العلاج المعرفي السلوكي على أن يكون المعالج صريحا مع المريض ويناقش معه وجهة نظره (المعالج) حول المشكلة (الصياغة) ويعترف بأخطائه ويسمح للمريض بمعارضته . وعدم القيام بذلك يتعارض مع الطبيعة التعاونية بين المعالج والمريض التي يركز عليها العلاج المعرفي السلوكي .

١٢- يركز المعالج المعرفي السلوكي بصورة عامة على التعامل مع أعراض الاضطراب النفسي الذي يعاني منه المريض أكثر من تركيزه على العوامل التي تعزى إليها هذه الأعراض .

- العلاج المعرفي السلوكي الحديث :

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي اتجاها علاجيا حديثا نسبيا . يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يضمه من فنيات ، كما يعمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد .

إذ يتعامل معها معرفيا وانفعاليا وسلوكيا ، مستخدما العديد من الفنيات السلوكية .

ولم يكن العلاج المعرفي معرفيا بحتا منذ بدايته ، سواء على المستوى النظري ، أو على المستوى التطبيقي . فعلى المستوى النظري يتم التعامل مع الأفكار بقصد تغييرها ، حتى يتسنى حدوث تغييرات سلوكية مرغوبة . وعلى المستوى التطبيقي لم يتوقف" بيك' عند ستخدام الفنيات المعرفية فقط في العلاج بل استخدم إلى جانبها فنيات سلوكية ، ـ هذا ما أكده بنفسه في كتابه الذي نشره عام ١٩٧٩م العلاج المعرفي للاكتئاب .

ومن هنا بدأت تبرز معالم العلاج المعرفي السلوكي .

ويعتمد الإطار النظري للعلاج المعرفي السلوكي على تلك الأساليب التي قدمها كل من :

دونالد ميكنبوم" D .Meichenbaum " ؛ "ألبرت إليس" A .Ellis

و"أرون بيك A .Beck ؛ ورايمي فيكتور V .Raimy

وقد أصدر' بيك" كتابا في عام ١٩٧٠ بعنوان العلاج المعرفي : طبيعته وعلاقته بالعلاج السلوكي أوضح فيه كيفية تغيير المعارف والأفكار من خلال نماذج اشتراطية ، وهو ما يعتبر بمثابة استراتجيات سلوكية .

ويعد النموذج الذي قدمه "بيك" من أبرز النماذج العلاجية في هذا الاتجاه وأكثرها شيوعا ، ففي الوقت الذي يركز فيه على معارف واعتقادات الفرد في الهنا – والآن here and now كسبب اضطراب الشخصية ، فإنه يستعين أيضا ببعض الفنيات السلوكية لتعليم الفرد المهارات التي يجب أن تتغير بتغيير معارفه ومدركاته عن ذاته وعن العالم والمستقبل ، ويرى بيك أن الشخصية تتكون من مخططات معرفية تشتمل على المعلومات والاعتقادات والمفاهيم والافتراضات والصيغ الأساسية لدى الفرد والتي يكتسبها خلال مراحل النمو .

ويرى أن الناس تنفعل بالأحداث وفقا لمعانيها لديهم . ويهتم بيك بالأفكار التلقائية السلبية التي تظهر وكأنها منعسات آلية وتبدو من وجهة المريض بأنها معقولة جدا .

ويذهب بيك إلى أن الأفكار الأوتوماتيكية تؤدي إلى التشويه المعرفي الذي يعد نتيجة لها ، ومن أمثلة التمثل الشخصي أي تفسير الأحداث من وجهة النظر الشخصية للمريض ، والتفكير المستقطب أي المتمركز عند أحد طرفين متناقضين إما أبيض أو أسود ،

والاستنتاج التعسفي أي الاستدلال اللامنطقي ، والمبالغة في التعميم أي تعميم نتيجة معينة على كل المواقف على أساس حدث منفرد ، والتضخم والتحجيم ، والعجز المعرفي .

وإذا كان العلاج وفقا لهذا النموذج يهدف إلى التعامل مع التفكير اللامنطقي الخاطئ والتشويهات المعرفية ، والتعامل مع المشكلات المختلفة والسعي إلى تخفيفها ، فإنه يعتمد على عدة أسس أو مبادئ هي المشاركة العلاجية ، وتوطيد المصداقية مع المريض ، وتقليل أو اختزال المشكلة أي تقسيمها إلى وحدات يسهل تناولها ، ومعرفة كيفية العلاج وذلك باستخدام فنيات عديدة بعضها معرفي مثل المناقشة ، والمراقبة الذاتية ، والتباعد الذي يجعل تفكير المريض وتقييمه للواقع موضوعيا ، وإعادة التقييم المعرفي ، والعلاج البديلي (مناقشة الأسباب) . وبعضها تجريبي إمبيريقي كالاستكشاف الموجه ، والتعريض ، وبعضها الآخر سلوكي كالواجبات المنزلية ، والاقتداء ، والتخيل ، ولعب الدور . ويرى " بيك" أن التكنيكات السلوكية ذات فاعلية لأنها تؤدي إلى تغيرات اتجاهية ومعرفية لدى الحالات المريضة .

ثانيا : العلاج بالواقع :

أنشأ هذه النظرية وليم جلاسر الذي ولد عام ١٩٢٥ في كليفورنيا ، أوهايو وقد حصل جلاسر على بكارلويس الهندسة الكيماوية وعلى درجة الماجستير والدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي وجد أنه بمعدل كل سنة يخرج مريضين تم شفاؤهما في العام الواحد وقد أبدى اعتراضه على هذه النسبة الضئيلة ، ومن ثم فقد اعترض على البرنامج العلاجي المستخدم وصاغ نظريته في العلاج بالواقع وكان مسئولا عن الحالات الذهانية المزمنة ، وقد نشر جلاسر بدايات العلاج بالواقع في كتبه الصحة العقلية والمرض العقلي عام ١٩٦١ وجدير بالذكر على أن الكثير من آراء جلاسر تشبه آراء أدلر وأدولف ماير ١٩١٥ وأبراهام ١٩٣٧ الذي نادي بضرورة العلاج النفسي المنخفض التكلفة ، وقد انتقد جلاسر اتساع نطاق نظريات فرويد ويونج التي تعتمد على الغيبيات .

ومن خلال مسلمات العلاج بالواقع وهي الاختيار ، المسئولية ، الصواب والخطأ (في إطار الواقع الذي يعيشه الفرد) يقرر جلاسر أنه يجب أن نتعلم كيف نصحح أنفسنا عندما نرتكب خطأ أو نقوم بسلوك لا نرضى عنه ، نظرية جلاسر في العلاج

تسير نحو مزيد من النضج والضمير الحي والمسئولية ، فالمسئولية كمفهوم أساس في العلاج بالواقع تعني عند جلاسر قدرة الفرد إلى إشباع حاجاته بطريقة تحرم الغير من القدرة على الشعور بقيمة الذات وبأنه ذو قيمة للآخرين ، وأن يكون مدفوع للعمل الجاد وربما لتحمل الحرمان لتحقيق قيمة الذات فقد عبر جلاسر عن وجهة نظره بعبارة وهي أن الناس لا يسلكون بطريقة غير مسئولة لأنهم مرضى ، إنهم مرضى لأنهم يسلكون بطريقة غير مسئولة .

وتعتمد نظرية العلاج بالواقع التي تبناها جلاسر على العديد من الصفات الإيجابية فهي عملية تعلم وتعتمد النظرية على الاندماج الشخصي والمسئولية والنجاح والتخطيط الإيجابي وأن الخطوة الأولى لتغيير السلوك هي :

تحديد ماهية السلوك المراد تصحيحه وذلك بمواجهة الواقع ، وأن المعالج يدرك أن المسئولية الفردية هي هدف العلاج وأن التعاسة هي نتيجة وليست سببا لعدم المسئولية .

ويقوم العلاج بالواقع على أساس وجود حاجة لدى جميع البشر في كل الحضارات وهي الحاجة إلى الهوية (Identity) فالفرد يدرك هويته ناجحة أم فاشلة على أساس مع الآخرين ، ونظرية العلاج بالواقع تساعد الفرد على تعلم ما يساعد على تحقيق هويته بحيث تكون هوية ناجحة ، ويرى جلاسر أن الطرح (أي طرح المريض لمشاعره على شخص آخر) لا تحدث في الموقف العلاجي فقط بل تحدث في مواقف الحياة اليومية ، ويجب أن يلتزم المعالج الميثاق الأخلاقي فالأخلاقيات والمعايير والقيم أو السلوك الصحيح ترتبط كلها بشكل وثيق بإشباع حاجاتنا لتقدير الذات ، وتعد جانب ضروري في العلاج الواقعي ، ويوضح جلاسر أنه إذا استخدمنا العلاج الواقعي فليس هناك فرق جوهري في علاج المشكلات النفسية المتباينة ، فإن علاج الذهانيين والمحاربين يكاد يكون نفس علاج الجانحين فالمريض يعاني من عدم المسئولية لذا ينبغي أن نكون على ثقة بأن نجعله واثق وننمي لديه الثقة .

وهدف العلاج الواقعي هو مساعدة الناس على إعادة الاتصال فيما بينهم ، فعندما يكون الناس غير ناجحين في تحقيق احتياجاتهم تكن استجاباتهم هي إنكار الواقع

ونجد أن الفرق بين المرضى في إنكارهم للواقع في الدرجة وليس في النوع ، وما يحتاجه المرضى هو تعليمهم كيف يحققوا احتياجاتهم .

ويحدد جلاسر الاحتياجات الإنسانية الأساسية في خمسة أشياء رغم تعددها وتنوعها وهي:

١ـ الانتماء والحب .
٢ـ احترام الذات .
٣ـ الحرية .
٤ـ الاستمتاع .
٥ـ الأمن والبقاء .

فالحاجة وكيفية إشباعها محك أساسي لنجاح العلاج بالواقع وكل قائمة من القوائم السابقة تضم مجموعة احتياجات فرعية كالتالي :

١ـ الانتماء والحب ويضم (العطاء ، الاستقبال للحب ، الانتماء لجماعة ، المشاركة التشجيع أو التدعيم ، الرعاية أو الانتباه من شخص ما ، الحديث للآخرين ، تبادل التهنئة ، العمل) .
٢ـ احترام الذات ويضم (الاحترام من الآخرين ، الإنجاز ، المنافسة ، الثقة والجرأة) .
٣ـ الاستمتاع والمرح وتشمل (الألعاب ، التعليم ، الضحك ، السرور) .
٤ـ الأمن والبقاء (الطعام ، المأوى ، الصحة ، الجنس) .

يقرر جلاسر أنه عند تربيتنا الطفل فإن المدرسة والوالدين والأصدقاء والمعلمين يستطيعوا أن ينموا عند الفرد الهوية الناجحة ، أما إذا فشل الفرد في هذه العلاقات فإن الهوية الفاشلة سوف تغلب على شخصية الفرد وخاصة أن جميع البشر من المهد للحد بحاجة للهوية أي (من أنا) بحيث يشعر كل فرد بأنه متميز وله كيان مختلف عن غيره ، وإن الفشل في الاندماج مع الأفراد يولد دائرة الفشل وانعدام الاندماج يؤدي إلى إنكار المسئولية وهذا يبعد الفرد عن اندماجه مع الآخرين ويؤدي إلى ما يسميه جلاسر (بالانخراط الذاتي) أي البحث عن الراحة من ألم الفشل من خلال ذاته ، والانخراط الفرد مع ذاته وعدم اندماجه مع الآخرين يأخذ شكل أعراض فيزيائية واجتماعية ونفسية مثل

الكبت ، والمخاوف المرضية ، والسلوك اللاجتماعي ، وإدمان الكحول وأمراض نفسية متعددة .

ويرى جلاسر أن العلاج بالواقع هو نوع من إعادة عملية التربية الأبوية الأصلية فالمعالج يفعل ما يجب أن يفعله الأبوان .

وتساعدنا مبادئ المعالجة الواقعية من خلال عدة مبادئ هي :

١ـ الاندماج .
٢ـ التركيز على السلوك الحاضر .
٣ـ تقييم السلوك والحكم القيمي .
٤ـ التخطيط للسلوك المسئول .
٥ـ الالتزام .
٦ـ رفض الأعذار .
٧ـ لا للعقاب .
٨ـ عدم الاستسلام .   (نادر فهمي ، ١٩٩٨ : ٣٦٢) .

ويحتل مفهوم التورط (Involvenent) أفكارا رئسية في نظرية العلاج بالواقع وهو لفظ يمكن اعتباره في إطار العلاج مرادفا للواقعية ، وتمثل الأسس التالية الطرق التي يصبح بها المعالج منشغلا بصورة مسئولة عن الشخص الذي يحاول مساعدته وهذه الأسس هي :

١ـ الأساس الشخصي = الاندماج .
٢ـ التركيز على السلوك الحاضر .
٣ـ الحكم القيمي .
٤ـ التخطيط .
٥ـ الالتزام .
٦ـ لا أعذار .
٧ـ حذف العقاب .
٨ـ التركيز على الحاضر .

(لويس كامل مليكة ، ١٩٩٦ : ٣٥٧) .

والإرشاد الواقعي هو حوار منطقي بين العملاء والمرشد ذو أسلوب تعليمي ويحتاج من المرشد قدرة لفظية عالية لمواصلة الحوار والقدرة على إدارته ، كما لا يرى المعالج الواقعي أي فائدة من تحليل الأحلام وينبغي أن نضع خطة أو برنامج لعلاجه فيه مدة العلاج وعدد الجلسات ومدة كل جلسة وهدف كل جلسة حتى يحدد الأهداف التي يسعى لتحقيقها حتى يحكم على نجاح عمله من عدمه .

فالعلاج بالواقع يعتمد بشكل لكبير على السمات الشخصية للمعالجة وقدرته على جعل العميل يندمج في العلاقة العلاجية والقدرة على إيجاد حلقة وصل بينهما وتنمية المسئولية الشخصية عند العميل والالتزام بتنفيذ البرنامج كلها تسهم بشكل كبير في تحقيق أهداف العلاج والوصول بالعميل إلى حالة من السواء النفسي والاطمئنان والوصول إلى حالة جيدة وسوية ومن ثم تحقيق قدر من التوافق مع الذات ومع الآخرين .

ويعد " جلاسر " رائد مدرسة العلاج بالواقع ، فهو يرى أن صحة الفرد النفسية ترتبط بأخلاقيات الفرد والقيم والمفاهيم التي يتبناها أكثر من ارتباطها بإشباع الغرائز ، فالصحة النفسية هي السلوك السوي الذي يمكن الفرد من إشباع حاجاته في إطار الواقع وذلك من خلال مراعاة حقوق المجتمع ، ويؤكد جلاسر على الأهمية الشديدة للعلاقة المتبادلة بين المعالج والمريض ، فلابد أن تكون العلاقة قوية ومتبادلة ومتفاعلة إذ أنه أساس النجاح في العملية العلاجية ففي هذه العلاقة العلاجية الناجحة يسعى المريض " العميل " لتنفيذ تعليمات المعالج وتنفيذ أوامره وآرائه بل ويستشيره في بعض الصعوبات والعقبات التي تواجهه وعندما أوجد وليم جلاسر العلاج النفسي الواقعي فقد أسسه على نظرية الاختيار وأن يساعد العميل على أن يكون ناضجا انفعاليا كابحا لغضبه .

ويعتمد العلاج بالوقع على زوايا ثلاث ينبغي أن يلتزم بها المعالج وهي الواقع ، المسئولية ، الصواب والخطأ ، وهذا ما قرره رائد العلاج بالواقع " جلاسر " فيقول أنه لكي نكون جديرين بالاحترام يجب أن نلتزم بمعيار سلوكي نرضى عنه ولنفعل ذلك يجب أن نتعلم أن نصحح أنفسنا إذا فعلنا الصواب ، وأنه إذا لم نقيم سلوكنا ونسعى لتحسينه فإننا لن نستطيع آن نشبع حاجاتنا لتصبح جديرين بالاحترام وسنعاني بشدة

عندما نفشل في حياتنا وعلاقاتنا ، فالأخلاقيات والمعايير والقيم ترتبط بالحاجة إلى تقدير الذات ، فالعلاج بالواقع يرتبط بشكل كبير بالأخلاق ، فإن أساس العلاج بالواقع والمحك الجيد لها هو الحياة الاجتماعية الناجحة .

وتتجلى المسئولية كأحد المقومات الأساسية في العلاج بالواقع والركيزة الأساسية في نظرية الاختيار وهي النظرية التي يستند عليها العلاج بالواقع ، فالشعور بالمسئولية تعطي للفرد شعورا بقيمة الذات وبقيمته بالنسبة للآخرين ، فالشخص المسئول يستطيع أن ينجز الأعمال المكلف بها وما وعد بتنفيذه حتى يحقق ذاته النفسية ويشعر بقدر الآخرين لإنجازاته مهم كلفه ذلك من بذل جهد وذلك بعكس الشخص الغير مسئول ، والعلاج بالواقع يحمل الفرد المسئولية ، ولن يتم ذلك إلا أن يكون الفرد صادقا في أقواله لذا تجد رابطة قوية ووثيقة بين العلاج الديني والعلاج بالواقع ، وكليهما قائم على الصدق والمسئولية ، فالمسئولية في العلاج بالواقع تتم في الإطار الذي منح الفرد حرية الاختيار لأفعاله ، أما الفرد الغير صادق فهو عادة غير واقعي ويفقد الضالة بالواقع ويقدم دائما الأعذار والمبررات لسلوكياته الخاطئة .

ولقول الله تعالى في سورة آل عمران : ﴿وَٱلْكَٰظِمِينَ ٱلْغَيْظَ وَٱلْعَافِينَ عَنِ ٱلنَّاسِ ۗ وَٱللَّهُ يُحِبُّ ٱلْمُحْسِنِينَ﴾ محور أساسي يتم الاعتماد عليه في العلاج النفسي الواقعي فالمعالج النفسي الواقعي يساعد العميل على أن يكون ناضجا انفعاليا كابحا لغضبه متسامحا مع غيره ، ومحسنا مع من حوله بما يتوافق مع نظام القيم السائدة في المجتمع الذي يعيش فيه ، فالمعالج النفسي الواقعي يسلك عدد من السلوكيات الأساسية لتحقيق هدفه في العملية الإرشادية الواقعية .

هذا بالإضافة للسمات الأساسية التي يجب أن تتوفر في شخصيته وهذه السمات هي :

١ـ الصبر .

٢ـ الإخلاص في القول والعمل .

٣ـ الصدق في القول .

٤ـ مساعدة الآخرين وإيثارهم على نفسه .

٥ـ حب الاختلاط بالناس .

٦ـ التعاطف الانفعالي وهدوء الأعصاب .

٧ـ حسن الخلق .

كما أن المعالج النفسي الواقعي في ضوء نظرية الاختيار " لجلاسر " لا بد أن يسلك سلوكيات مهنية منها :

١ـ بناء الألفة مع ضيوفه . ٢ـ تقبل العميل .

٣ـ مواجهة ضيوفه بحقيقة سلوكياتهم ومحاولة مساعدتهم .

٤ـ أحيانا من خلال الأساليب التعليمية يتم تفسير الغامض للعملاء .

٥ـ عدم القيام بأي سلوكيات سلبية .

٦ـ أن يوضح المعالج لعملائه بعدم تقديم أعذار واهية وتبريرات .

٧ـ تدعيم السلوكيات الإيجابية لعملائه .

٨ـ التركيز على مظاهر الانفعالات والحركة والإيماءات عند عملائه .

٩ـ التركيز على السلوكيات الحية للعملاء أكثر من الرجوع للماضي .

١٠ـ عدم الاستسلام بفشله في مساعدة العملاء وعدم الاستسلام للفشل .

فالمعالج النفسي الواقعي يساعد العملاء على إشباع حاجاتهم بشكل مشروع وبالطرق السوية بما يتفق مع قدراتهم وإمكانيات البيئة التي يعيشون فيها .

فتعد نظرية الاختيار محور العلاج النفسي الواقعي وهي تساعد على مساعدة الإنسان على حل مشكلاته وتعديل سلوكياته بأسس سيكولوجية وأساليب مهنية .

ويستند العلاج بالواقع على مسلمة أن كل المرضى ينكرون حقيقة العالم الذي يعيشون فيه ، ويتصرفون بطريقة لاعقلانية ومن ثم لا بد أن يتعلموا أن يسلكوا بطريقة سليمة ، وأن كثيرا منهم يختارون " الانتحار " كبديل عن موجهة الحقيقة التي مؤداها أنهم بمقدورهم حل مشكلاتهم بسلوك أكثر مسئولية وسواء أنكر المريض الواقع إنكارا جزئيا أو إخفاء كاملا للواقع كله فهذا الإنكار عامل مشترك بين معظم إن لم يكن كل المرضى وسوف ينجح العلاج عندما ينجح في كف إنكارهم لهذا العالم وليس اعترافهم بأن الواقع موجود فقط ، بل لا بد أن يشبعوا حاجاتهم في إطار هذا الواقع .

ويجب ألا يسمح المعالج للمريض بأن يبرر أن تعاسته ترجع إلى الوالدين أو أحد أصدقائه فلا بد أن يساعده على مواجهة نفسه وحل مشكلاته الشخصية والاجتماعية .

وبالطبع فالعميل جاء للمعالج بعد أن فشلت كل محاولاته في الوصول إلى حلول توفيقية بالواقع ، ولذا فلا بد أن يكون هناك اندماج بين المعالج والمريض وتكوين علاقة إنسانية صادقة حيث يشعر المريض أنه يوجد من يتقبل في هذا العالم الذي هو يرفضه وهي أولى خطوات العلاج بالواقع كما أن العلاج بالواقع يسعى لتقوية الضمير حيث يجعله وسيلة للاختيار لما يواجه الفرد من أخطار .

فالعلاج بالواقع لا بد أن يسعى إلى إشباع حاجات المرضى كي يتم العلاج وهي :-

١- الحاجة إلى أن يحب المرء و(يحبه الآخرين) .

٢- الحاجة إلى أن يشعر الفرد بأنه ذو قيمة بالنسبة إلى نفسه وللآخرين وإذا لم يحدث هذا يصل الفرد إلى ما يسمى بالمشكلة النفسية والارتطام بالواقع ، فمثلا إذا لم نشبع حاجاتنا للحب فسوف نعاني من عدم الارتياح والقلق والاكتئاب ، فالفرد ينبغي أن يحافظ على مستوى مناسب من السلوك فيصحح لنفسه عندما يرتكب سلوك خاطئ ، ويفخر بنفسه عندما يقوم بسلوك صحيح وقد بين جلاسر أن معظم المرضى ينكرون الواقع ويعترفون بعدم عقلانية أفكارهم كالخوف من ركوب المصعد الكهربائي والعلاج بالواقع يهدف إلى إعادة تعاملهم مع هذا الواقع بل ويشبعون حاجاتهم في إطاره ، كما المعالج يجب ألا يقبل الأعذار ويتأهل هذا الواقع ذلك لأن الواقع هو المحك الرئيس على سوى الفرد أو عدم سواه فالمعالج الذي يعترف أن تعاسة مريض معين ترجع إلى الوالدين يستسلم مع المريض ويعطيه فرصة للهروب من تحمل المسئولية وبالتالي لا يتم مواجهة هذا الواقع .

فمبدأ جلاسر في العلاج أن يتخلص المريض ما يمكن تسميته بمبدأ اللذة البدائي وفق نظرية التحليل النفسي وأن يعتنق مبدأ الواقع الذي ينطوي على سعي طويل المدى وراء لذة محكومة بالاستنارة .

ويعتقد جلاسر بأن أول مرحلة للعلاج هي مرحلة " الاندماج" وإذا لم يوجد الاندماج بين المعالج والمريض لا يمكن أن يتحقق أي نوع من العلاج ثم يتم توجيه المبادئ الأساسية للعلاج بالواقع نحو تحقيق الاندماج الصحيح الذي ينطوي على علاقة

إنسانية صادقة تماما وهنا يدرك المريض أن شخصا مهتم به وتقبله ويساعده على تحقيق حاجاته ، فالاهتمام متبادل بين المريض والمعالج ،ويهدف العلاج بالواقع من خلال هذا الاندماج إلى تقوية الضمير ويرى جلاسر أنه باختلاف الاضطرابات والمشكلات السلوكية السيكوباتية إلى الاضطرابات الذهانية يرى أنهم جميعا يعانون من قصور وباختلاف هذه الاضطرابات إلا أنهم جمعيا يعانون من عدم القدرة على إشباع حاجاتهم الأساسية ، وتوصل جلاسر إلى أن المرض تعكس درجة عجز الفرد عن إشباع حاجاته وحتى لو اختلف العرض المرضى (الخوف المرضى من المصعد الكهربائي أو وجود قرحة المعدة كمرض سيكوسوماتي) فأيا كان العرض فإنه يختفي عندما يتم إشباع حاجات الشخص بصورة ناجحة .

ويوجد خاصية مشتركة لجميع المرضى أنهم ينكرون الواقع من حولهم ولكي نستطيع أن نشبع حاجاتنا علينا أن نندمج مع الغير لنستطيع إشباع تلك الحاجات ولو حتى شخص واحد على الأقل من خلاله نشبع حاجاتنا وهو شخص عادة على علاقة بنا كالمعلم أو الأم أو الزملاء ، هذا الشخص الذي وجد في حياتنا من خلاله تكتسب القوة والشجاعة لمجابهة الواقع .

ولا بد في العلاج بالواقع أن نسلم بوجود حاجات أساسية ينبغي أن تتوافر للمريض وهي أنه يحب ويحبه الآخرون .

والحب هنا في كل صوره سواء حب أم حب أسري أم حب زواجي فعندما لا نستطيع أن نشبع حاجتنا الكلية للحب فإننا نعاني دون شك بالعديد من الأعراض النفسية المألوفة بداء من عدم الارتياح مرورا بالقلق والاكتئاب وحتى الانسحاب التام من العالم من حولنا وعندما نعطي المريض الحب لا يعني ذلك موافقة مطلقة على سلوكياته ولكن حتى تحب في إطار الحب وإطار المسئولية فينبغي أن نقوم سلوك المريض .

ويشير جلاسر إلى أننا يجب أن نتعلم كيف نشبع احتياجاتنا منذ وقت مبكر من النمو وإذا فشلنا في إشباع حاجتنا فإننا سوف نعاني هذه المعاناة قد توقعنا لوسائل غير وواقعية لإشباع حاجاتنا فإذا لم نتعلم إشباع حاجاتنا فسوف نعاني مدى الحياة .

ثالثا :- العلاج غير الموجه :

وهي من أكبر الطرق شيوعا واستخداما بجانب التحليل النفسي . وكان لكارل روجرز الفضل في إرساء قواعدها وتحديد معالمها . وهي لا تختلف عن طريقة التحليل النفسي فيما عدا أنها لا تهتم كثيرا بالماضي البعيد للمريض ، ومسببات المرض في أيام الطفولة المبكرة منها المريض والظروف الحاضرة المحيطة به التي تعيش فيها ، ومدى تكيفه مع هذه الظروف .

ولا يعني هذا أنها لا تهم بالتعرف على مسببات المرض وأصل العلة النفسية ، بل هي تحاول ذلك وتعي به .

وإنما على ضوء الواقع الذي يعيشه المريض وعلى ضوء المشكلة المحددة التي يشكو منها . وتهدف إلى مساعدته ، والوصول به إلى درجة أفضل من حيث تكيفه العام مع هذه الظروف ، ورؤية مشكلته من واقع أفضل ، بجعله أكثر قدرة على الرؤية الصحيحة ، ومواجهة المشكلة والتخلص منها . بل ومواجهة غيرها من المشكلات في حياته الحاضرة والمستقبلة .

وفي هذه الطريقة يقوم المعالج بتشجيع المريض على التحدث بحرية عما يشكو منه ، وأن يشرح مشكلته كما يراها ، وأن ينفض همومه ومشاعره . ويهيئ له الجو المناسب لتحقيق هذه الغاية بأن يقف منه موقف التشجيع والعطف والتسامح ، وأن يبعد قدر جهده عن لوم المريض أو نقده أو الإيحاء له بأفكار خاصة أو تقويم سلوكه وتصرفاته أو حتى نصحه . وباختصار يبعد بمريضه عن كل ما يعطيه فكرة أنه يستحق اللوم أو العتاب . إذ أن الهدف الرئيسي هو تهيئة الجو الذي يساعد المريض على أن يفهم مشكلته بنفسه ويصل إلى قرارها بإبعاده عن كل المشاعر الانفعالية وعوامل القلق التي كانت تحول دون رؤيته لها رؤية سليمة وتعرفه علما تعرفا صحيحا . حتى يستطيع أن يدرك – بعد تهيئة هذا الجو وبعد أن نكون قد أزحنا من طريقة كل العوامل والمسببات التي كانت تحول بينه وبين الرؤية السليمة لأسباب وظروف مشكلته ، العلاقة بين أسباب المشكلة وبين سلوكه الظاهر .

فالعملية إذ عملية تهيئة ظروف مناسبة وخلق جو جديد يساعد المريض أكثر على الفهم وعلى تصويب عاداته واتجاهاته بالنسبة للمشكلة أو الحالة التي يعاني منها ،

وإدراك حقيقة ما يشعر به . والاهتمام بالظروف الراهنة للحالة أو المشكلة وبموقفه من الحياة العامة . . أكثر من الاهتمام بالماضي البعيد .

ولذلك فهي لا تحتاج إلى عدد كبير من الجلسات- شأن التحليل النفسي- مما جعل كثيرا من المعالجين النفسيين يفضلون استخدامها ، وخاصة في الحالات التي لا تحتاج بحثا عميقا في الماضي ، والتي ترتبط بقوة بطفولة المريض أو حياته البعيدة

رابعا : العلاج عن طريق اللعب وممارسة الفنون :

وهي طرق أخرى للعلاج يفضلها الكثيرون لأنها لا تأخذ شكل أنواع العلاج المعروفة التي تعتمد على المواجهة الصريحة بين المريض والمعالج ، وسؤال المعالج للمريض ، ورد المريض عليه ، أو ترك المريض ليسترسل في سرد ذكرياته وأحداث حياته على مسمع من المعالج . . أو نحو ذلك .

وإنما تأخذ أشكالا أخرى أكبر تقبلا بالنسبة للمريض . ومن أمثلتها العلاج عن طريق اللعب ، والعلاج عن طريق الرسم أو التمثيل أو الموسيقي . . الخ . والعلاج عن طريق اللعب خاص بالأطفال الذين يستطيعون أن يعبروا عن أنفسهم عن طريق اللعب وعن طريق الأفعال والتصرفات التي تبدو منهم أكثر من تعبيرهم بالكلام .

وفي هذا النوع من العلاج يترك من العلاج يترك الطفل في حجرة اللعب ليختار لعبة من اللعب الموجودة ، وليبدي نحوها أيضا ما يشاء من مشاعر وتصرفات .

ويفضل المعالجون النفسيون هذا النوع من العلاج بالنسبة للأطفال لأنه يساعدهم- أعني المعالجين النفسيين- على التعرف على المشكلات التي يعاني منها الأطفال وحقيقة حالهم بطريقة عملية أكثر وضوحا . ولأنه في الوقت نفسه يتيح للأطفال فرصة أكبر للتنفيس عن مشاعرهم المكبوتة . عندما يختار الطفل مثلا دمية ويأخذها بين ذراعيه ويربت عليها .. ويعاملها بلطف وحنان ، فيعتبر بذلك وينفس عن حاجة حقيقية عنده للعناية والرعاية والعطف . وهو نفس السلوك الذي مارسه بالنسبة للدمية . وفي الوقت ذاته يفصح هذا السلوك للمعالج عن حقيقة هذه الحاجة التي تنقص الطفل .

أو عندما يأخذ الطفل الدمية ويلقي بها على الأرض ، أو يركلها ويفرغ بذلك

مشاعره التي تسبب له الضيق ، وتوضح للمعالج حقيقة ما يعاني منه .. من كراهية للآخرين .. أو من رغبة الانتقام .. أو نحو ذلك من المشاعر المكبوتة .

والرسم والتمثيل والموسيقي .. وغيرها من نواحي النشاط الفني ، تستخدم أيضا كأساليب للتنفيس عن المشاعر والإحساسات التي يعاني منها المريض ، عندما يعبر عنها تعبيرا حرا ويصورها بطريقة تنشط خياله ، وتساعده على الإفصاح بأسلوب أوضح .. فتدل بذلك على حالته وتساعد في الوقت نفسه على تفريغ الشحنات الانفعالية التي تتضمنها .

خامسا : العلاج الإكلينيكي Clinical Treatment :

عرفت العلاج "بأنه العمل على تحسين الوظيفة الاجتماعية للعميل عن طريق العلاقة المهنية والحصول على الخدمات التي يشير بها التشخيص السليم وذلك بواسطة السيطرة على البيئة والتأثير في السلوك" (الحاروني ، ١٩٧٦: ٣٦٢) .

كما يعرف العلاج على أنه عملية منظمة تتضمن مجموعة من الأنشطة والإجراءات التي تهدف إلى حل المشكلات أو الحد من آثارها سواء كانت مشكلات صحية أو نفسية أو اجتماعية" والعلاج هو الغاية التي يسعى الأخصائي الاجتماعي إلى الوصول إليها عند دراسة وتشخيص مشكلات العملاء .

وهناك أساليب وتقنيات واتجاهات متعددة للعملية العلاجية ، وتتأثر كثيراً بالنظريات والنماذج النظرية التي يتبناها الأخصائي الاجتماعي (عثمان ، ١٩٩٢: ٢٥٩) حيث إن كل اتجاه نظري يحوي تقنيات وأساليب علاجية تختلف عما سواه ، وطبيعة المشكلة وطبيعة العميل ، وفلسفة المؤسسة وأهدافها تؤثر في تحديد كيفية وأسلوب تقديم الخدمات العلاجية . كما أن مهارة الأخصائي الاجتماعي وخبرته تحدد مدى نجاح العملية العلاجية وأي الأساليب أكثر ملاءمة مع طبيعة المشكلة التي يتعامل معها (الصديقي ،٢٠٠٢: ٢٠١ ـ ٢٠٢) .

سادسا : العلاج النفسي الجسمي (السيكوسوماتي) :

الأمراض النفسية - الجسمية أصبحت من الأمور المعروفة المسلم بوجودها .

والطب النفسي- الجسمي الذي يعرف باسم الطب السيكوسوماتي أصبح حقيقة واقعية ، وأصبح أساس العلاج الشائع في كثير من الدوائر الطبية .

ولكي نلم بطبيعة هذا النوع من العلاج وأهميته نذكر أن الإنسان منا يعمل ككل فهو يحس .. ويفكر ... ويتحرك ... ويهضم غذاءه ... ويتنفس ... الخ . وكل عملية من هذه العمليات تؤثر في الأخرى وتتأثر بها .

فأنت عندما تفكر يتأثر جسمك بتفكيرك ، وتتغير انفعالاتك تبعا لنوع هذا التفكير .

إذا فكرت في شيء مؤلم مثلا ، ظهر عليك الحزن أو الغضب ، وتأثر تبعا لذلك تنفسك ، وزادت ضربات قلبك ، بل وتأثرت عملية الهضم عندك أيضا .

إلى غير ذلك من الأعراض .

ولذلك أصبحنا نفضل عند دراسة ما يبدو على الإنسان من أعراض ، أن ندرسه على أساس وحدته الشاملة ، وعلى أساس الآثار المتبادلة بين العمليات المختلفة التي تؤثر فيه ، نفسية كانت أو جسمية . حتى أن البعض يفضل الآن ألا يفرق بين ما هو جسمي وما هو نفسي .

لأن هذا التفريق لا وجود له في الحقيقة . ولأنه لا يمكن القيام بعملية التفريق أو العزل بين العمليات والمؤثرات المتشابكة المتفاعلة ، التي يخضع لها كيانه كله والتي توجه سلوكه العام ، والتي هي السبب فيما يبدو عليه من أعراض الصحة أو المرض جسمية أو نفسية .

وهناك أمراض بذاتها تخضع لهذا الوصف أكثر من غيرها ، مثل قرحة المعدة والأمعاء والربو وبعض حالات ارتفاع ضغط الدم ، وبعض أنواع الأمراض الجلدية . . وغير ذلك . فقد أثبتت الأبحاث أن هذا النوع من الأمراض ترجع إلى التوتر الناشئ عن الصراع النفسي ، وعدم قدرة الفرد على التوافق أو التكيف ، وعجزه عن إشباع حاجته إلى الأمن والحب ، وما يحتدم في نفسه من رغبات عدوانية نتيجة عدم قدرته على إشباع هذه الحاجات الأساسية .

وأن هذه العوامل كلها وما يصاحبها من توتر وقلق . هي السبب الرئيسي في إصابته بهذه الأمراض . خاصة بعد أن ثبت أن قصر العلاج على النواحي العضوية فيما يختص بها ، لا يؤدي إلى شفائها تماما ، وأن الأمر يحتاج بالإضافة إلى العلاج

العضوي .. إلى تفهم مصادر الصراع ، وتخليص المريض منه عن طريق مساعدته على استبصار أصل الصراع وغير ذلك من طرق العلاج النفسي .

وكل هذا يؤكد حقيقة أن العلاج النفسي لا يقتصر ميدانه على الأمراض ذات الخصائص النفسية وحدها ، وإنما يمتد إلى أمراض عضوية كان يظن أن الطب الجسمي وحده هو الذي يعالجها .

وعلى ضوء هذا العرض السابق لطرق العلاج النفسي المختلفة يمكن أن نستخلص نتيجتين هامتين :

الأولي : هي أن الصورة العامة للعلاج النفسي في أذهان الناس ، وهي صورة المريض المستلقي على فراش والذي يحاول المعالج أن يسترجع ذكرياته البعيدة في جو انفعالي مشحون ليفسرها له ، أو بمعنى آخر صورة التحليل النفسي ، الذي أصبح علما لعلاج الأمراض النفسية ندر أن نجدها في العيادات النفسية هذه الأيام .

حقاً إن للتحليل النفسي أهميته ، وحقا إن التحليل النفسي كنوع من أنواع العلاج النفسي هو السابق إلى الميدان ، وهو الرائد ، وهو الأصل الذي انبثقت عنه أنواع العلاج الأخرى . إلا أن صعوبته ، والوقت الذي يستغرقه عادة . . هو الذي مهد الطريق لأنواع أخرى من العلاج ، لتأخذ مكانها إلى جواره ولتستخدم بنجاح في علاج الكثير من الحالات .

الثانية : أن أشكال الأمراض النفسية والعقلية كثيرة ومتنوعة . وأن الأمر لا يحتاج بالنسبة لأغلبيتها ، لأن نحجز المريض أو نسميه مجنونا . فهذا الوصف مع بشاعة التسمية لا ينطبق إلا على عدد محدود هم الذين يجب أن نحجزهم في مستشفيات الأمراض العقلية . أما اغلب الحالات فتحتاج إلى خدمات نفسية يمكن أن تقدم في عيادات خاصة أو مستشفيات للمرضى الخارجيين . وهو نقص في مجال الخدمة الصحية نعاني منه حقا . فمجال الخدمات النفسية في بلادنا لا زال أقل من المطلوب بكثير . ونحن في حاجة حقيقية لهذا النوع من الخدمات سواء في شكل عيادات أو مستشفيات خاصة بالحالات النفسية .

ولقد سبق أن أكدنا حقيقة زيادة انتشار الأمراض النفسية ، كإحدى الآفات التي جرتها المدينة الحديثة على الناس .

إذ إن طابع هذه الحياة بآليتها وكثرة مشاكلها وتعقدها من شأنه أن يجعل الناس أكثر تعرضا لأسباب الصراع والتنازع والتنافس ، وأكثر بعدا عن الطمأنينة والهدوء والشعور بالأمن والاستقرار ، وهي عوامل أساسية لصحة الإنسان وسلامته النفسية .

ثم إن طبيعة هذه الحياة التي تجعل الفرد يصارع وحده في ميادين عديدة ، في الدراسة ، والعمل ، ومشاكل العائلة وغير ذلك ، تجعله أيضا أكثر عرضة لأسباب المرض النفسي .

ومن شأن هذه العوامل جميعها أن تزيد من حدة المشكلة ، وتجعلنا في حاجة أكثر للعناية بأحوالنا النفسية ، والاهتمام بالطب النفسي .. حتى توفر للناس أسباب الصحة النفسية كما توفر لهم أسباب صحة الجسم . خاصة وأن الاتجاهات الحديثة في عالم الطب تجعل سلامة النفس أساسا لصحة البدن ، وتربطها بوسائل العلاج الحديث ، وهي الحقيقة التي أشرنا إليها عند الكلام عن العلاج النفسي- الجسمي .

سابعا : العلاج النفسي الذاتي :

يعاني الكثيرون في عصرنا الحالي من القلق النفسي والتوتر وعدم القدرة على التوافق النفسي والاجتماعي .

ومن الملاحظ أن الإنسان يحاول دائماً أن يعالج مشكلاته النفسية بنفسه وأن يبذل الكثير من الجهد كي يعالج آلامه النفسية وقلقه واضطراباته باتباع أساليبه الخاصة واقتراحات المحيطين به . والتي كثيراً ما تدفع به إلى الاتجاه الخاطئ .

ومع تزايد تناقضات هذا العصر وإحباطاته وتعدد الأزمات والضغوط المادية والاجتماعية .. وكثرة وتعقد المشكلات النفسية التي يواجهها الفرد .. أضف إلى هذا موقف رجل الشارع من الطب النفسي المعاصر .. وهو موقف له أسبابه .

لذا فقد تنبه أخيراً بعض علماء الطب النفسي والعلاج النفسي إلى أهمية ابتكار وسائل علاجية وأساليب يمكن للفرد اتباعها بنفسه دون اللجوء إلى الطبيب النفسي إلا

في الحالات الشديدة التي تستدعى ذلك .. خاصة بعد أن أكدت عدة دراسات عدم إلمام بعض المعالجين والأطباء النفسيين بمدارس وطرق العلاج النفسي الحديثة وتمسك البعض بالأساليب التقليدية التي ثبت عدم فاعليتها بصورة قاطعة وفشلها في علاج الكثير من الاضطرابات النفسية .

لذلك كان من أهم أهداف هذا الموقع عرض عدد من الأساليب العلاجية الذاتية الشيقة والتي ينتمي بعضها لاتجاهات حديثة في العلاج النفسي وبعضها ابتكره الباحث من أساليب نابعة من التراث الديني والثقافي تمكن الشخص العادي أن يمارسها بنفسه لعلاج القلق وبعض الاضطرابات النفسية والسلوكية وسوء التوافق النفسي والاجتماعي ولتحقيق مزيد من الوعي والصحة النفسية .

- ماهية العلاج النفسي الذاتي :

لكي نجيب على هذا السؤال يجب أولا أن نعرف ما هو العلاج النفسي ؟ فالعلاج النفسي هو معرفة أسباب الصراع والاضطراب عند الفرد عن طريق فحص أفكاره وانفعالاته وسلوكه ثم محاولة تغييره وتخليصه من الإدراك الخاطئ لنفسه وللآخرين وتقوية ثقته بنفسه ليصبح أكثر قدرة على التكيف مع نفسه ومع المجتمع ، والقدرة على علاج المشكلات والإنتاج والإبداع وأن يكون أكثر وعياً واتزاناً وذلك بالطبع في حدود قدراته الشخصية وبالدرجة والنوعية التي يختارها هو بنفسه .

ولكن السؤال الذي يطرح نفسه بالتالي هو : هل يستطيع الفرد أن يكتشف الشخص بنفسه مصادر الصراع والتوتر في داخله وأن يتعرف على الأفكار الخاطئة والانهزامية المشوهة والمبالغات الانفعالية التي تدفعه إلى المرض وسوء التوافق النفسي والاجتماعي ؟

هل يستطيع أن ينمى وعيه واستبصاره إلى الدرجة التي تمكنه من ذلك؟

وهل يستطيع أن يتعلم أن يعبر عن نفسه وعن انفعالاته خارج إطار العلاقة العلاجية التقليدية؟ وأن يعدل أفكاره وسلوكياته الخاطئة والسلبية ؟

إن كل تلك الأسئلة وغيرها يمكن إجمالها في شكل سؤال آخر هو : هل يمكن أن يكون هناك علاج نفسي ذاتي ؟

والإجابة هي : نعم .

إن العديد من مدارس العلاج النفسي الحديثة أصبحت تعترف بأن الإنسان قادر بالفعل على توجيه سلوكه من خلال المعرفة الواعية والتدريب المنظم على تعديل أفكاره وسلوكه طبقاً لقواعد العلاج النفسي الحديثة .

وأحيانا تكون تصرفات الفرد غير مفهومة بالنسبة له وبالصدق مع النفس واستمرار الشخص في ملاحظة أفكاره وتصرفاته ونتائجها وتسجيل ذلك وتأمله ودراسته بشكل منتظم يمكنه من فهم أسباب ودوافع سلوكياته وتصرفاته خاصة عندما تتكرر في المواقف المختلفة

ويمكن للإنسان أيضا أن يكتشف أسباب الخلل وأسباب التوتر والاضطراب بل وعلاجها والتخلص منها ولو بدرجة محدودة .

ومع ازدياد واستبصار الفرد بنفسه .. وحرصه على الاستمرار في طريق النمو النفسي وتعلم المزيد من المهارات والسلوكيات الملائمة .. وتجريبها واختبارها في مواقف عملية ويصبح أكثر قدرة على شفاء نفسه بنفسه .. بحيث يتخلص من الانفعالات المعوقة ومن الأفكار الهدامة وغير المنطقية وأن يصبح أكثر نضجا ووعيا وتوافقا .

واتباع برنامج علمي منظم لبلوغ هذه الدرجة من الصحة النفسية بالاعتماد على رغبة الفرد وإرادته ووعيه هو ما يسمى بالعلاج النفسي الذاتي . وتميل بعض الاتجاهات في الوقت الحالي إلى الاعتماد على الفرد نفسه في علاج مشكلاته النفسية .

ويرى بعض علماء النفس مثل "أريكسون" إن السلوك في مراحل النمو بعد سن البلوغ يكاد أن يخضع لتحكم العقل الواعي والشعور بشكل حاسم . وبالتالي فإن الفرد يستطيع أن يعي وأن يفهم – ولو بدرجة محدودة في البداية – دوافع وأسباب سلوكه وأن يتحكم فيها ولقد اتجهت الكثير من أبحاث ودراسات الآونة الأخيرة .. إلى ابتكار العديد من الطرق والأساليب التي يمكن للفرد العادي أن يمارسها دون الاستعانة بمعالج نفسي وقد أطلقوا عليها – كما ذكرنا – اسم أساليب الضبط الذاتي .

وبرنامج العلاج الذاتي المطروح في هذا الموقع يجمع بين تنمية الوظائف والذهنية والمعرفية .. وبين أساليب تعديل الاتجاهات والسلوك معا . وهذا برنامج متكامل يعتمد على بعض الأساليب المختارة من بعض مدارس العلاج الحديثة .. بعد تعديلها لتلائم طبيعة الإنسان والمجتمع العربي هذا بالإضافة إلى أساليب أخرى مبتكرة تعتمد على

حقائق وأسس علوم النفس والاجتماع والفلسفة والدين .ويتضمن العلاج النفسي الذاتي وظائف قريبة من الإرشاد النفسي وأفكاره الغير منطقية . . والهدامة وأن يتعلم الوسائل التي تمكنه من ملاحظة ذاته - دون إسراف - ومن إزالة العوائق الانفعالية (الانفعالات والتوتر العصبي) مما يساعده على اكتساب المزيد من النضج والنمو والصحة النفسية ويؤدى تعديل الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية لدى الفرد لتغييرات إيجابية فى حياته مثل تنمية وظائف التحكم والقدرة على التركيز فيما يقوم بعمله وتنمية السلوك المرن والتخلي عن أنواع السلوك الغير ناضجة مثل التعصب ، سرعة الغضب ، شدة الحساسية ، النكوص والاعتمادية والسلوك الطفلى عند مواجهة الأزمات والشدائد من التغيرات الإيجابية الأخرى التي تحدث في شخصية الفرد نتيجة تعديل الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية قبول النفس ، وقبول الآخرين ، والتسامح وازدياد القدرة على عقد صداقات وعلاقات اجتماعية تتسم بالقوة ، والدفء ، والفهم ، والتسامح . فالعلاج الذاتي يعتمد على رغبة الفرد في تعديل سلوكه وبلوغ درجة أرقى في الصحة النفسية من النمو .

ونلاحظ أن هذه العملية بأكملها طبيعية حية وأن التغيير الحادث لا يتم بصورة تمثيلية أو تجريبية مفتعلة داخل الغرف المغلقة في العيادات النفسية .

وأن مسئولية النمو النفسي والتغير متروكة بدرجة كبيرة للفرد وأرادته .

ثامنا : العلاج بالفن :

ممارسة الفنون طريقة فعالة لتخفيف آثار الاضطرابات النفسية وتكمل الوسائل الكيميائية والسلوكية .

البحث عن وسائل تساعد في تطوير أنواع العلاج السائدة في مجال الأمراض النفسية والعقلية ، المزمنة منها والمستعصية ، لا يزال قائماً حتى لا يقتصر العلاج على الوسائل الكيميائية والسلوكية . ومن ذلك العلاج بالفن الذي أثبت جدواه وفعاليته في مساعدة الكثيرين على التخلص مما يعانون من اضطرابات نفسية دون أن يكون هناك إهمال للعلاجات الأخرى ولا يلغيها ، لكن يواكبها في منظومةٍ تعود بالنفع على الإنسانية .

أتى العلاج بالفن وهو جزء من العلاج بالعمل ، بالتنوع في الألوان الذي أصبح سمة من هذا العصر ، فالألوان تحقق التوازن في عمل الأعضاء التي اعتراها الخلل . وهناك ألوان تبعث البهجة في النفوس وتسر الناظر إليها ، وكذلك العكس ألوان تقود إلى إثارة مشاعر السأم والتبلد والاكتئاب .

ومثلاً ضوء الشمس ليس مصدرا للنور فقط بل غذاء ومولد للنشاط والحيوية .

وعن تعريف العلاج بالفن يقول أيمن ياسين اختصاصي العلاج بالفن بقسم الطب النفسي بمستشفى الدكتور عرفان بجدة ، إن هناك تعريفات عدة بالعلاج بالفن ، منها :

- تعريف هاري وندسون (١٩٨٧) : العلاج بالفن طريقة فعالة في علاج الاضطرابات النفسية لدى الفرد الذي يعبر سلوكياً بالفن أكثر من تعبيره لفظياً .
- تعريف كرامز (١٩٥٨) : التعبير بالفن فرصة كبيرة للابتكار والإبداع والسعي نحو الإتقان ، إن خبرة مراجعة ما يعمل الإنسان بيده خبرة عظيمة ، خاصة عندما يستطيع أن يعبر بيده عما في يده في عقله .
- أنه التعبير عن الذات وإسقاط صورة الذات وعالم الفرد .
- إن المريض النفسي عندما يعبر فإنه يعبر عن العالم الداخلي له أو العالم من حوله ، أو عالم جديد برؤية خاصة ذاتية للمريض .

وهناك ما يسمى بالتعريف الشامل للعلاج بالفن ، كما يقول أيمن ياسين .. وهو يعتبر أحد أفرع العلاج النفسي ، ويستعمل المهارات مع بذل الجهد مع التأكيد على استخدام الفن بما فيه الخطوط والألوان وجميع أنواع الفنون التشكيلية بحيث لا يأخذ طابعاً لقتل الوقت أو تأكيد نمطية معينة على أن يكون عملية لعبور هوة الاغتراب من خلال مشاركة علاجية مباشرة تستعمل العمل اليدوي ولا تستبعد العمل العقلي كوسيلة لتحقيق البصيرة . ويضيف أيمن ياسين ، أن وضع الخطة العلاجية يتم من خلال علاقة خاصة بالمعالج ، ويحتاج إلى فترة تطول أو تقصر حسب الحالة ثم حسب قدرة المعالج . ويتم ذلك من خلال علاقة تعاقدية لا تلغي العلاجات السابقة ولكن تواكب العلاجات الأخرى للوصول بالمريض لما هو أفضل .

ويعتمد ذلك على قدرة المعالج وصبره حتى ينجح في عبور هذه المرحلة من المرض

وفي حالة الرفض يؤخذ بالبدائل الأخرى ، التي تستغرق من ثلاث إلى أربع جلسات في الأسبوع .

ـ طريقة استخدام العلاج بالفن :

لقد أصبح متوفراً في أقسام ووحدات الطب النفسي تقنيات علمية حديثة بقسم العلاج بالعمل ، سواء للرجال أو النساء ويشرف عليها متخصصون في هذا المجال .

وهناك نوعان لاستقبال الحالات ـ حالات داخلية للمرضى المقيمين وحالات تتابع من خارج المستشفى ، وتتم عن طريق عقد جلسات للعلاج بالفن من خلال العلاج الجمعي بالفن بواقع ثلاث إلى أربع جلسات في الأسبوع ومدة الجلسة ساعة ونصف الساعة .

يقوم المريض فيها بمزاولة الفنون التشكيلية بشتى أنواعها مثل الرسم باستخدام الألوان الشمعية والمائية والزيتية ، كذلك الحفر على النحاس والقصدير والخزف وغير ذلك ، ويقوم المشرف على الفنون بتلك الوحدة بتحليل تلك الرسومات ومدى ما وصلت إليه حالة المريض النفسي .

إن هذا النوع من العلاج ليس شكلاً لقتل الوقت ، أو تأكيداً لنمطية الرتابة أو إنتاجاً لمعارض أو إعادة الثقة بالمعنى السائد أو ملء الوقت أو استغلال الطاقة الإنتاجية المكفوفة .

هذا كله قليل ، لكن الهدف من العلاج الأكبر هو التعرف على الجسد والنفس من خلال العمل ، أما الإنجاز فهو إنتاج جانبي ، فالبصيرة لا العقلانية هي الهدف الأول والتعديل السلوكي من خلال التعليم والبصيرة معا هو النتاج الجانبي .

إن ما يُستخدم في العلاج بالفن من خلال رسومات المريض وخطوطه وألوانه حديث غير ناطق يقدمه المريض النفسي لإيصال رسالة أحيانا تكون موجهة إلينا كمعالجين وأحيانا تكون ضائعة المعالم . وأن هذا العلاج يضيف بعداً جديدا بضرورة التغلب على الاغتراب عن الجسد في حياتنا المعاصرة .

الفصل التاسع
علم نفس الأطفال
(الطب الإكلينيكي)

عناصر الفصل التاسع :

- أهم هذه المشكلات الإكلينيكية للأطفال
- مشكلة الخجل
- التأخر الدراسي
- افتقاد الشعور بالأمن
- إشعار الطفل بالتبعية
- طلب الكمال والتجريح أمام الأقران
- تكرار كلمة الخجل أمام الطفل ونعته بها
- الوراثة وتقليد أحد الوالدين
- اضطرابات النمو الخاصة والمرض الجسمي
- الاكتئاب عند الأطفال كمرض نفسي
- أهمية علاج مشكلات الطفولة

الفصل التاسع
علم نفس الأطفال
(الطب الإكلينيكي)

مقدمة:

سوف نتناول في هذا الفصل بعض المشكلات الإكلينيكية في مرحلة الطفولة والبرامج العلاجية لمثل هذه المشكلات وذلك انطلاقا من أهمية مرحلة الطفولة وأنها الأساس الذي تبنى عليه شخصية الفرد في المستقبل.

وسوف نتناول في البداية مشكلات الطفولة ومظاهرها وأعراضها وكيفية التعامل معها

- أهم هذه المشكلات الإكلينيكية للأطفال:

١- مشكلة الخجل:

الطفل الخجول عادة ما يتحاشى الآخرين ولا يميل للمشاركة في المواقف الاجتماعية ويبتعد عنها يكون خائف ضعيف الثقة بنفسه وبالآخرين متردد ويكون صوته منخفض وعندما يتحدث إليه شخص غريب يحمر وجهه وقد يلزم الصمت ولا يجيب ويخفي نفسه عند مواجهة الغرباء.

ويبدأ الخجل عند الأطفال في الفئة العمرية ٢ـ٣ سنوات ويستمر عند بعض الأطفال حتى سن المدرسة وقد يختفي أو يستمر.

- أسباب الخجل عند الأطفال:

١- مشاعر النقص التي تعتري نفسية الطفل وذلك قد يكون بسبب وجود عاهات جسمية مثل العرج أو طول الأنف أو السمنة أو انتشار الحبوب والبثور والبقع في وجهه أو بسبب كثرة ما يسمعه من الأهل من أنه دميم الخلقة ويتأكد ذلك عندما يكون يقارن نفسه بأخوته أو أصدقائه.

وقد تكون مشاعر النقص تلك تتكون بسبب انخفاض المستوى الاقتصادي للأسرة الذي يؤدي لعدم مقدرة الطفل على مجاراة أصدقائه فيشعر بالنقص وبالتالي الخجل.

٢- التأخر الدراسي :

إن انخفاض مستوى الطفل الدراسي مقارنة بمن هم في مثل سنه يؤدي لخجله .

٣-افتقاد الشعور بالأمن :

الطفل الذي لا يشعر بالأمن والطمأنينة لا يميل إلى الاختلاط مع غيره إما لقلقه الشديد وإما لفقده الثقة بالغير وخوفه منهم ، فهم في نظره مهددون له يذكرونه بخجله ، وخوفا من نقدهم له .

كذلك الطفل تنتابه تلك المشاعر مع الكبار فيخشى من نقد الكبار وسخريتهم خاصة الوالدين .

٤- إشعار الطفل بالتبعية :

بجعل الطفل تابعا للكبار وفرض الرقابة الشديدة عليه وذلك يشعره بالعجز عند محاولة الاستقلال وكذلك اتخاذ القرارات المتعلقة به مثل لون الملابس وماذا يريد أن يلبس ويكثر الوالدين من الحديث نيابة عن الطفل وعدم الاهتمام بأخذ رأيه فمثلا يقول الوالدين أحيانا : (أحمد يحب السكوت) مع أن هذا الطفل لم يتكلم ولم يعبر عن رأيه إطلاقا .

٥- طلب الكمال والتجريح أمام الأقران :

يلح بعض الآباء والأمهات في طلب الكمال في كل شيء في أطفالهم في المشي ، في الأكل ، في الدراسة ،ويغفل الوالدين عن أن السلوكيات يتعلمها الطفل بالتدريج وهناك بعض الآباء أو الأمهات لا يبالي بتجريح الطفل أمام أقرانه وذلك له أكبر الأثر في نفسية الطفل .

٦- تكرار كلمة الخجل أمام الطفل ونعته بها :

فيقبل الطفل بهذه الفكرة وتجعله يشعر بالخجل وتدعم عنده هذه الكلمة الشعور بالنقص .

٧- الوراثة وتقليد أحد الوالدين :

عادة ما يكون لدى الآباء الخجولين أبناء خجولين والعكس غير صحيح ودعم أحد الوالدين للخجل من الطفل على أنه أدب وحياء سبب جوهري في الخجل .

٨- اضطرابات النمو الخاصة والمرض الجسمي :

كاضطرابات اللغة تجنب الطفل الاحتكاك بالآخرين كما أن إصابته ببعض الأمراض مثل الحمى أو الإعاقة تمنعه من الاندماج أو حتى الاختلاط مع أقرانه ويجد في تجنبهم مخرجا مريحا له .

ولعلاج تلك المشكلة نقترح اتباع التالي :

التعرف على الأسباب وعلاجها فمثلا إن كان سبب خجل الطفل هو اضطراب باللغة على الوالدين أن يسارعا في علاج هذه المشكلة لدى الطفل .

١ـ تشجيع الطفل على الثقة بنفسه ، وتعريفه بالنواحي التي يمتاز فيها عن غيره .
٢ـ عدم مقارنته بالأطفال الآخرين ممن هم أفضل منه .
٣ـ توفير قدر كاف من الرعاية والعطف والمحبة .
٤ـ الابتعاد عن نقد الطفل باستمرار وخاصة عند أقرانه أو أخوته .
٥ـ يجب أن لا تدفع الطفل للقيام بأعمال تفوق قدراته ومهاراته .
٦ـ العمل على تدريبه في تكوين الصداقات وتعليمه فن المهارات الاجتماعية .
٧ـ الثناء على انجازاته ولو كانت قليلة .
٨ـ أن يشجع الطفل على الحوار من قبل الوالدين كما يجب أن يشجع على الحوار مع الآخرين .
٩ـ تدريبه على الاسترخاء لتقليل الحساسية من الخجل .
١٠ـ أخذه في نزهة إلى أحد المتنزهات وإشراكه في اللعب والتفاعل .

ـ الاكتئاب عند الأطفال كمرض نفسي :

إحساس يكون فيه الفرد نهباً للشعور الداخلي السلبي والفشل وخيبة الأمل ، واختفاء الابتسامة والحبور والانشراح ، وظهور العبوس وعدم الابتهاج والأسى الممزوج بالآهات والتنهدات بدون مبررات جسمية أو بيئية وفقدان الهمة والتقاعس عن الحركة والعزوف عن بذل أي نشاط حيوي وربما العزوف عن الحيوية والحياة بكاملها .

وربما يتصاعد الاكتئاب وذلك الإحساس ليصل إلى مراتب اليأس من فرص الحياة الطيبة في المستقبل والنظر للأمور بمنظار قاتم متشائم إذ يصبح عندئذ كل جهدٍ

ممقوتاً وكل طاقات الجسم مفقودة مبعثرة وكأنها نضبت حتى عن تحفيز الجسم للقيام بأبسط الحركات والنشاطات كالاستحمام وغسل الفم والأسنان وحتى الابتسام والسلام الضروريين إذ يشعر الفرد معه عندئذ بحاجة لذرف دموع الحزن والأسى بدون سبب ويود لو أنها تنزلق من مآقيه على الرغم من عدم وجودها .

والاكتئاب تراجع في الفكر وضمور ينتهي في الفراغ الحاصل فيه ليشلّ الدماغ والخلايا العصبية فيه عن ممارسة دورها السليم في التحليل والتميز وإصدار التعليمات لباقي أعضاء الجسم وغدده لإفراز أنزيماتها الوظيفية المعتادة مثل مادة الأمينات الأولية monoamines .

والتي تعمل بمثابة الزيوت التي تيسر التفاعلات المتنوعة والمتعددة الخاصة بالانفعال والفرح والحبور والتي تنقص عادة بالمخ في حالات كثيرة ليصاب الإنسان بالاكتئاب علماً بأن ازديادها يسبب الفعل العكسي وهو الهياج وكثرة الحركة والسعادة المفرطة المؤقتة .

ومن هنا نجد مصاحبة بعض الأمراض الفسيولوجية لهذا المرض النفسي مثل القرحة وسوء الهضم ووجع المفاصل والصداع والأرق ... وغيرها الكثير . إن أهمية العلاج النفسي القرآني للاكتئاب يتمثل في كونه البديل المناسب لمئات من أنواع الأدوية والعقاقير المهدئة التي قد يتعود عليها الجسم فتكون مرضاً أدهى وأمر من الاكتئاب ذاته وربما تتدهور الحالة النفسية ليصل الاكتئاب إلى أعلى درجات الحزن وفراغ الفؤاد والهلع والخوف المشوب بالهستريا ومحادثة النفس بشكل يوحي بالجنون الناتج عن ضغوطاته والحقيقة إننا لا نتكلم هنا عن الاكتئاب السريري أو الناتج عن ضغوطات الحياة اليومية والخوف والإرهاب والمرض والحزن المصاحب لوفاة عزيز .

إذ أن هذا النوع من الاكتئاب كثيراً ما يزول بزوال علته وانتفاء سببه ولو بعد حين وعادة ما يكون هذا النوع من الاكتئاب قصير الأمد سهل العلاج . ولكن من الاكتئاب ما لا يعلن عن أسباب واضحة لإثارته ولا طرق متميزة لمعرفة وجوده فالاستيقاظ من النوم متجهماً هو احد صور هذا الاكتئاب مثلاً . وقد يتخذ هذا الاكتئاب أشكالا مختلفة من اللوم وتأنيب النفس والتشاؤم والملل من الحياة وحتى الانتحار كما قد يحدث بصورة دورية عند الأفراد لمجرد مجابهة مشكلة بسيطة أو معضلة

عابرة ومن الجدير بالإشارة هنا هو أنه مهما كانت أنواع وأشكال الاكتئاب فإنها تتميز بعدم وحدانية العلة والأسباب المؤدية للاكتئاب فلكل فرد أسباب اكتئابه الخاصة وبهذا نستطيع القول بأن الاكتئاب مرض فردي العوارض شخصي النزعة على الرغم من إمكانية تجميع الأسباب والعلل ولكنها هي الأخرى متعددة ومتنوعة وغير قابلة للحصر الدقيق فكل فرد يعبر عن اكتئابه بمشاعره وأفكاره أو سلوكه ونظراته الخاصة . إن دراسة موضوع الاكتئاب وعلاجه يعتبر من المواضيع الهامة في علم النفس الحديث ولكن دون جدوى إذ سرعان ما تنتهي العقاقير وسرعان ما تنتهي الرياضة ويرجع الاكتئاب إلى النفس من جديد ويمكننا الجزم والتأكيد على قصور العلاج النفسي للاكتئاب في الكثير من الحالات لخلوه من التشخيص الدقيق لعله الاكتئاب أو لعدم توفر العلاج الناجع وبالنهاية لا توجد حيلة للمعالجة لأن البيئة والمجتمع وسلوكياتهما لا يسمحان بالكثير من العلاجات المتنوعة الأخرى .

ولا غرو أن نجد الكثير من السلبيات المصاحبة للاكتئاب عند المعالجة أو قبلها مثل الإدراك المشوب بالسلبية والروح الانهزامية من الأحداث الخاصة الداخلية للفرد والخارجية المحيطة به ، كما نلاحظ توتر العلاقات الاجتماعية نظراً لذلك وصعوبة التعامل بشكل واضح وسليم مع الآخرين وعدم تحديد معرفتهم لأسباب الاكتئاب وعدم تقدير مواقف الشخص الكئيب من جانب آخر .

أما درجات الاكتئاب فهي متعددة وربما يمكننا تدريجها ونسبها للمقياس المئوي ليكون قياسها مئوياً من صفر إلى مائة بالمائة وتلك الدرجة من الاكتئاب قد تؤدي إلى الانتحار أو الجنون وهو أقسى حالات الاكتئاب .

والحقيقة التي يجدر أن نشير إليها هنا هي أن العلاج القرآني للاكتئاب بكل درجاته ومقاييسه لم يكن سريرياً بل علاجاً تحريضياً إيحائيا للفرد من دون إعلان مسبق عن وجود مثل ذلك الاكتئاب . كما أنه علاج تحريضي سلوكي للفرد يقوم به بصورة ذاتية وثابتة حتى يصل لدرجة التلقائية .

والحقيقة الثانية التي يجب أن نشير إليها هي صعوبة وشدة الاكتئاب إذا كان نافراً من كل شيء حوله فعندئذ لن يجد هذا الفرد منقذاً أو ملجأ علاجياً مقنعاً إلا الانتحار وهو ما يحدث غالباً لدى الأفراد الذين لا إيمان لهم بالله واليوم الآخر .

كما يستعرض الله تعالى في كتابه المجيد الاكتئاب ويعبر عنه بأوجهه المتعارفة كالحزن وضيق الصدر إذ قال في سورة النحل الآية ١٢٧ ﴿وَلَا تَحْزَنْ عَلَيْهِمْ وَلَا تَكُ فِي ضَيْقٍ مِّمَّا يَمْكُرُونَ﴾ وقال في سورة الأنعام الآية ١٢٥ ﴿فَمَن يُرِدِ ٱللَّهُ أَن يَهْدِيَهُۥ يَشْرَحْ صَدْرَهُۥ لِلْإِسْلَٰمِ ۖ وَمَن يُرِدْ أَن يُضِلَّهُۥ يَجْعَلْ صَدْرَهُۥ ضَيِّقًا حَرَجًا كَأَنَّمَا يَصَّعَّدُ فِى ٱلسَّمَآءِ﴾ ويقول أيضاً في سورة هود الآية ١٢ ﴿فَلَعَلَّكَ تَارِكٌۢ بَعْضَ مَا يُوحَىٰٓ إِلَيْكَ وَضَآئِقٌۢ بِهِۦ صَدْرُكَ﴾ .

الحزن هو أحد مظاهر الكآبة النفسية وانعكاس عضلي لها يرتسم على عضلات الوجه أو العيون ولو بدون بكاء وتشنج وربما ينعكس على العاطفة أيضاً فيزيدها تأججاً لتفشي وتفضح كوامنها المكبوتة . وكثيراً ما يقترن ضيق النفس بالحزن والكآبة ويترادفا معاً فحيثما وجد الضيق وجدت الكآبة والحزن معاً وبالعكس ولقد عبر الله تعالى في كتابه المجيد وفي مواقع متعددة عن الكآبة والاكتئاب بلغة الحزن وفراغ الفؤاد وضيق النفس والصدر والسأم أو الملل والخوف إذ قال في سورة القصص الآية ١٠ ﴿وَأَصْبَحَ فُؤَادُ أُمِّ مُوسَىٰ فَٰرِغًا ۖ إِن كَادَتْ لَتُبْدِى بِهِۦ لَوْلَآ أَن رَّبَطْنَا عَلَىٰ قَلْبِهَا لِتَكُونَ مِنَ ٱلْمُؤْمِنِينَ﴾ . إن رفع الاكتئاب والحزن المصاحب له وعلاجه القرآني من الناحية النفسية منوط بالعديد من السلوكيات الفردية الذاتية التي يحرض الله تعالى عباده على أدائها وكل من هذه السلوكيات يؤدي الغرض نفسه ولو اجتمعت في شخص لنأى عنه الاكتئاب أبدا . ومن تلك السلوكيات العلاجية النفسية التي يحرض الله تعالى عليها هي :

١ـ التقوى : إذ قال في سورة الزمر آية ٦١ ﴿وَيُنَجِّى ٱللَّهُ ٱلَّذِينَ ٱتَّقَوْا۟ بِمَفَازَتِهِمْ لَا يَمَسُّهُمُ ٱلسُّوٓءُ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ﴾ وقال في سورة الأعراف ٧ آية ٣٥ ﴿فَمَنِ ٱتَّقَىٰ وَأَصْلَحَ فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ﴾ .

٢ـ الإيمان بالله : إذ قال في سورة الأعراف الآية ٤٨ ﴿وَمَا نُرْسِلُ ٱلْمُرْسَلِينَ إِلَّا مُبَشِّرِينَ وَمُنذِرِينَ ۖ فَمَنْ ءَامَنَ وَأَصْلَحَ فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ﴾ وقال أيضا في سورة المائدة

الآية ٦٩ ﴿ إِنَّ ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ وَٱلَّذِينَ هَادُواْ وَٱلصَّٰبِـُٔونَ وَٱلنَّصَٰرَىٰ مَنْ ءَامَنَ بِٱللَّهِ وَٱلْيَوْمِ ٱلْءَاخِرِ وَعَمِلَ صَٰلِحًا فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ ﴾ وقال في سورة آل عمران الآية ١٣٩ ﴿وَلَا تَهِنُواْ وَلَا تَحْزَنُواْ وَأَنتُمُ ٱلْأَعْلَوْنَ إِن كُنتُم مُّؤْمِنِينَ ﴾ وقال أيضاً في سورة الأحقاف الآية ١٣ ﴿ إِنَّ ٱلَّذِينَ قَالُواْ رَبُّنَا ٱللَّهُ ثُمَّ ٱسْتَقَٰمُواْ فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ ﴾ وقال في سورة الروم الآية ١٥ ﴿ فَأَمَّا ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ وَعَمِلُواْ ٱلصَّٰلِحَٰتِ فَهُمْ فِى رَوْضَةٍ يُحْبَرُونَ ﴾ .

٣ـ الولاية لله : إذ قال في سورة يونس الآية ٦٢ ﴿أَلَآ إِنَّ أَوْلِيَآءَ ٱللَّهِ لَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ ﴾ وأتبع في الآية ٦٣ ﴿ ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ وَكَانُواْ يَتَّقُونَ ﴾ ويلاحظ هنا الربط بين العناصر الثلاث التقوى والإيمان والولاية لله لتكون علاجاً شافياً للحزن والاكتئاب النفسي وقال في آية أخرى بلغة التبعية لله سورة البقرة الآية ٣٨ ﴿قُلْنَا ٱهْبِطُواْ مِنْهَا جَمِيعًا ۖ فَإِمَّا يَأْتِيَنَّكُم مِّنِّى هُدًى فَمَن تَبِعَ هُدَاىَ فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ ﴾ وبديهي أن نجد هذه الآية تجمع بين عناصر العلاج النفسي الثلاثة للاكتئاب وربما تزيد على ذلك لتوحي وتقول أن عباد الله من البشرية أجمعين الذين اتبعوا هدى الله تعالى وتعليماته لا خوف عليهم ولا هم يحزنون وهنا نجد أن العلاج النفسي يوجه للأفراد حتى من غير المسلمين والذين يعتبرون إخواناً في الخلقة والإنسانية .

٤ـ الاستقامة والعمل الصالح : لقد قرن الله كلاً من الاستقامة والعمل الصالح بالإيمان والتقوى لرفع حالة الاكتئاب المذكورة وذلك عن طريق الاطمئنان النفسي الذي تخلقه كل من السلوكين المذكورين فالاستقامة والعمل الصالح في عصورنا هذه بحاجة إلى جهاد نفسي وقناعة راكزة وإيمان راسخ يزيد من إفرازات الإمينيا الأولية في الدماغ بصورة ذاتية معتدلة لينتفي الاكتئاب ويحل الفرح والحبور بديلاً عنه .

تلك هي التوصية القرآنية الدائمة والمتواصلة لعلاج الاكتئاب النفسي غير السريري في هذه الحياة الدنيا كما تشير إليها الآيات الكريمة المذكورة سابقا .

٥ـ التسبيح ، السجود ، العبادة : إذ قال في سورة الحجر الآية ٩٧-٩٩ ﴿ وَلَقَدْ نَعْلَمُ أَنَّكَ يَضِيقُ صَدْرُكَ بِمَا يَقُولُونَ ﴿٩٧﴾ فَسَبِّحْ بِحَمْدِ رَبِّكَ وَكُن مِّنَ السَّاجِدِينَ ﴿٩٨﴾ وَاعْبُدْ رَبَّكَ حَتَّىٰ يَأْتِيَكَ الْيَقِينُ ﴾ .

ولربما تمثل العمليات الثلاث السابقة علاجاً نفسياً وعملياً سريرياً للاكتئاب الداخلي للفرد بما في ذلك من حركات جسمية منشطة للخلايا الدماغية والمتوجهة إلى الله تعالى .

ـ أهمية علاج مشكلات الطفولة :

نظرا لأهمية الطفولة كحجر أساس لبناء شخصية الإنسان مستقبلا وبما أن لها دور كبير في توافق الإنسان في مرحلة المراهقة والرشد فقد أدرك علماء الصحة النفسية أهمية دراسة مشكلات الطفل وعلاجها في سن مبكرة قبل أن تستفحل وتؤدي لانحرافات نفسية وضعف في الصحة النفسية في مراحل العمر التالية وقد تبين من دراسة الباحثين في الشخصية وعلم نفس النمو أن توافق الإنسان في المراهقة والرشد مرتبط إلى حد كبير بتوافقه في الطفولة فمعظم المراهقين والراشدين المتوافقين مع أنفسهم ومجتمعهم توافقا حسنا كانوا سعداء في طفولتهم قليلي المشاكل في صغرهم ، بينما كان معظم المراهقين والراشدين سيئي التوافق ، تعساء في طفولتهم ، كثيري المشاكل في صغرهم كما أن نتائج الدراسات في مجالات علم النفس المرضي وعلم النفس الشواذ أوضحت دور مشكلات الطفولة في نشأة الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية في مراحل المراهقة والرشد .

الفصل العاشر
المدخل الباثولوجي لدراسة الشخصية

عناصر الفصل العاشر :

- مقدمة
- تعريف الشخصية
- مكونات الشخصية
- ثبات الشخصية وتغيرها
- قياس الشخصية
- أنواع الشخصيات والتعامل معها
- تشريح الشخصية الإنسانية
- تأثير المرض النفسي على الشخصية
- بعض نظريات علم النفس المرضى
- عمليات تكون الربط والاقتران
- الصراعات المزمنة التي لم تحل
- الإحباط المزمن
- التغيرات المفاجئة في نظم التدعيم
- الفروق الفردية في الإثارة الوجدانية أو في الحالة الانفعالية

الفصل العاشر
المدخل الباثولوجي لدراسة الشخصية

مقدمة :

تعد دراسة سيكولوجية الشخصية أحد مداخل فروع علم النفس المتعددة مثل علم النفس الاجتماعي وعلم النفس التربوي وعلم النفس الصناعي والتنظيمي وعلم النفس الإكلينيكي وعلم النفس المرضى وعلم نفس الطفولة والمراهقة وعلم النفس التجريبي وعلم الاختبارات والمقاييس النفسية وعلم النفس الفارقى ، حتى أنها احتلت مكانة مهمة في الدراسات النفسية للمتخصصين لما فيها من أهمية واسعة في ارتباطاتها مع فروع علم النفس الأخرى التطبيقية والنظرية .

إن دراسة سيكولوجية الشخصية إنما هو دراسة صلب علم النفس ، فعلم النفس الاجتماعي يهتم بدراسة سلوك الفرد في المواقف الاجتماعية وسلوك الفرد هو انعكاس لشخصيته ، وعلى هذا الأساس يتمثل الموقف الاجتماعي في مجموعة من العوامل أو المحددات الخارجية لسلوك الفرد وما يحمله من تصورات داخلية تنعكس على سلوكه وتتفاوت درجات تعامل الشخص بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في التعامل أو من حيث درجة البساطة أو التعقيد في طريقة التعامل أم كل ما يصدر من الإنسان من سلوك له دلالة ومعنى حتى وإن غاب عن التفسير أو صعب فهمه أو معرفته ، وينبع ذلك من خصال الشخصية وإدراكها في ضوء الموقف الذي تتعامل فيه وطريقة التفكير في حله ، فالفرد يتعامل مع الموقف بما تحمله شخصيته من خصال وخصائص وراثية وبيئية وتكوينية ، فتتداخل العديد من المكونات المؤثرة في تكوين الشخصية رغم أن العناصر الوراثية الجينية تؤثر

أيضا فضلا عن تأثير العوامل البيئية المكتسبة هي الأخرى تلعب الدور الكبير في الكثير من الظواهر السلوكية في الشخصية ولكن يكون تأثير عوامل أخرى منها التكوينية ذو فعالية أكبر في تكوين الشخصية .

- تعريف الشخصية :

بما أن الشخصية هي المجال الأوسع في الدراسة وهو المجال الذي تتداخل فيه النظريات النفسية ونظريات الشخصية والاختبارات والمقاييس النفسية ، فهو الأوسع في

التعريف الذي ينطلق من التطبيق ،وهناك العديد من العلماء الذين عرفوا الشخصية على وفق رؤاهم وتصوراتهم النظرية وسنعرض لبعض تعريفات علماء النفس .

وقد عرف "ألبورت" الشخصية بأنها التنظيم الدينامي في الفرد لتلك الأجهزة الجسمية النفسية التي تحدد مطابقة الفرد في التوافق مع بيئته .

أما "شيلدون" فقد ذهب إلى القول بوجود ثلاثة أنماط أساسية من التكوين الجسمي النمط الداخلي ،التركيب (الحشوى) ـ والنمط المتوسط التركيب (العظمي) والنمط الخارجي (التركيب الجلدي) .

ويعرف "أيزنك" الشخصية ، أنها التنظيم الثابت المستمر نسبياً لخلق الشخص ومزاجه وعقله وجسده ،وهذا التنظيم هو الذي يحدد تكيفه الفريد مع محيطه برت يعرف الشخصية ، بأنها ذلك النظام الكامل من الميول والاستعدادات الجسمية والعقلية الثابتة نسبياً ،التي تعد مميزاً خاصا للفرد والتي يتحدد بمقتضاها أسلوبه الخاص في التكيف مع البيئة المادية والاجتماعية .

وتعرف " ليندا دافيدوف" الشخصية بأنها " تلك الأنماط المستمرة والمتسقة نسبيا من الإدراك والتفكير والإحساس والسلوك التي تبدو لتعطي الناس ذاتيتهم المميزة . والشخصية تكوين اختزالي يتضمن الأفكار ،الدوافع ،الانفعالات ،الميول ، الاتجاهات ، والقدرات والظواهر المشابهة الشخصية .

ويمكن تعريف الشخصية بأنها :

الأسلوب العام لسلوك الفرد كما يظهر في عاداته التفكيرية وتغيراته واتجاهاته وميوله وطريقة سلوكه وفلسفته الشخصية في الحياة .

أما فرج عبد القادر طه فيعرف الشخصية بأنها : التنظيم الدينامي لسمات وخصائص ودوافع الفرد النفسية والفسيولوجية والجسمية ،ذلك التنظيم الذي يكفل للفرد توافقه وحياته في المجتمع ولكل شخص تنظيمه هذا الذي يميزه عن غيره وبمعنى آخر فإن لكل فرد في المجتمع شخصيته الفريدة .

ويعرف عباس محمود عوض الشخصية بأنها وحدة متكاملة من الصفات تميز الفرد عن غيره ،والوحدة المتكاملة كاللحن الموسيقي-مجموعة من وحدات صغيرة متفاعلة .

أما سيجموند فرويد مؤسس نظرية التحليل النفسي له نظريته الخاصة ، فقد كان يعتقد أن الشخصية الانسانية تتكون من :

الهو والأنا والأنا الأعلى

أما الهو : يعني القدرة الغريزية التي تصرخ "أريد ذلك الشيء بدون ضوابط ولا محرمات أو ممنوعات" .

والأنا الأعلى : هو الضمير المثقل بالذنب ،الذي يقول : لا تستطيع أن تنال ذلك الشيء .

أما الأنا : فهو القوة العاقلة التي تقول : دعونا نرى ماذا نستطيع أن نفعل لنحل الأشكال .

وهناك تعريفات عديدة للشخصية نورد بعضا منها :

- مجموعة الصفات الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية التي تظهر في العلاقات الاجتماعية لفرد بعينه وتميزه عن غيره .
- الشخصية هي مجموعة تأثيرات الفرد في المجتمع .
- الشخصية هي الأعمال التي تؤثر في الآخرين .
- هي مجموعة من الصفات الجسدية والنفسية (موروثة ومكتسبة) والعادات والتقاليد والقيم والعواطف ، متفاعلة كما يراها الآخرون من خلال التعامل في الحياة الاجتماعية .
- مجموعة التفاعلات الداخلية في الإنسان ،تظهر هذه التفاعلات على سلوكه الخارجي وتنعكس على تصرفاته في مواجهة الأحداث التي تعتريه ،وكذلك في مواجهة الأفراد المحيطين به ، فيؤثر ويتأثر بهم ، وكل فرد من أفراد المجتمع الإنساني يتميز عن غيره في تلك التفاعلات المنعكسة على سلوكه .

- مكونات الشخصية :

تعد عملية التكوين هذه نتاجا لتفاعل العوامل البيولوجية والعوامل النفسية الاجتماعية لا سيما البيئة العائلية وهي الوسيط الخاص المجسد لنقل الثقافة ،لذا فمكونات الشخصية تمثل خصائص حصيلة فعل وتفاعل أعداد هائلة من المكونات الأساسية للشخصية ومتغيراتها ،ولهذا فمن العبث على أي باحث أو مشتغل في هذا

الجانب من النفس الإنسانية أن يحاول تتبع خاصية واحدة من خصائص الشخصية إلى تأثير جين واحد أو إلى فعل عامل بيئي واحد مؤثر ، أنها مجموعة عمليات متداخلة بالتفاعل والتحليل الوافي لتعطي بالتالي سمة الشخصية الواحدة التي تمثل حصيلة عمليات واسعة من التفاعل والتداخل والتوازن في كيان الإنسان بكامله بيولوجيا وبيئيا وتكوينيا ، وعليه فإن تكوين الشخصية يتطلب درجة ما من النضج ولكن كما أشار سيجموند فرويد إلى أهمية السنوات الأولى في تكوين الشخصية ، وإن كان التطور والنمو لا يتوقفان عن تعديل سمات هذه الشخصية فيما بعد ، ولما كان تكوين الشخصية يعني وجود صفات وسمات أساسية تستمر على مر الزمن وتميز الفرد عن غيره حتى تجعل منه متفرد عن غيره ، فإن الشخصية بهذا المعنى من التكوين لا تتضح معالمها تماما في مرحلة الطفولة والمراهقة بل إلى مرحلة البلوغ حين يهدأ إيقاع التغيرات ، ولكننا نستطيع أن نقرر أن البيئة لا تؤثر على فراغ أو على تكوين منعدم ، ولكنها تتفاعل مع بعض المعطيات الأساسية التي يملكها الإنسان بالفعل .

خلاصة القول في هذا الجانب يمكن صياغته بأن معالم الشخصية تتسم بالثبات في الفترة الممتدة من بداية المراهقة وحتى نهايتها ، ومن الفترة بين أوائل سن الشباب (البلوغ) وحتى منتصف العمر ، وبأن من بعض مظاهر الثبات في الشخصية تتضح في نسبة الذكاء التي يكون عليها الفرد وما يحققه ، فضلا عن المزاج أو أسلوب التعامل مع مواقف الحياة حيث تتغير عبر مراحل العمر المختلفة التي يمر بها الإنسان ، ففيها مرحلة البلوغ والعمل وتكوين أسرة والأبوة والمسؤولية والعلاقات الاجتماعية والنضج في التعامل ثم التقاعد .

إن مكونات الشخصية إذن هي الوراثة والبيئة والتكوين وهذه الثلاثية يجمعها مثلث متساوي الأطراف .

ـ العوامل المؤثرة في تكوين الشخصية :

١ـ الوراثة .

٢ـ البيئة .

٣ـ التكوين .

وكيفية تداخلها مع بعضها البعض لتكوين الشخصية ، فأحيانا لا يمكن أن يكون أحد العوامل مؤثرا دون أن لا يكون الآخر له تأثر ، فالكل يقل أو يزيد تأثيره في التكوين ولكن تبقى الغلبة الأكثر لعامل التكوين النفسي وترى نظرية التحليل النفسي والفرويديون الجدد بان مفهوم الشخصية يقترن بوجود صفات وسمات تستمر على مر الزمن وتميز الفرد عن غيره حتى تجعل له هوية مميزة ، وإزاء ذلك فإن هذه السمات والشخصية لا تتضح ملامحها تماما إلا بعد سن المراهقة والبلوغ .

إن سمات الشخصية هي في مجموعها لا يمكن أن تتطابق مع الواقع الفعلي للشخصية فبعض ظواهر الشخصية لا تمتلك الإمكانات التي يستطيع الفرد التعبير عنها في الظاهر وربما يحتفظ بها لنفسه ، لسبب أو لآخر ، أو ربما حتى لا يعرفها هو ذاته ، وتبقى كامنة خفية عليه وعلى الآخرين ، فالكثير من سمات الشخصية يبقى مختفيا ولا يظهر ، لا بسبب معرفة الفرد به ، بل لجهله لتلك السمات ، كذلك فإن ما يظهر من سمات الشخصية على اختلافها وتعددها ما هو إلا بعض من جوانب الشخصية ، وإن الأجزاء الأخرى وربما الأهم ظلت خفية عن الظهور .

ونود أن نشير إلى أن ما ظهر من سمات في الشخصية إلا قليلا ، فالسمات التي ظهرت حملت معها نوع الشخصية ومكوناتها الواضحة ، بينما ما ستر كان أكبر ، ولهذا عدت الشخصية تركيبا معقدا في القياس والفهم الكامل مهما بدت واضحة أو محدودة في السمات الظاهرة .

إننا حينما نعرض السمات نستطيع من خلالها قياس جوانب الشخصية وتقديم وصف لها اعتماداً على تحديد مواقع هذه السمات على مقاييس خاصة بالقياس النفسي ، وإزاء ذلك يمكننا قياس الذكاء أو الحساسية الانفعالية أو العاطفية ، أو مستوى الطموح على اعتبار أن كل سمة من هذه السمات تمثل جانبا من جوانب الشخصية الظاهرة .

- ثبات الشخصية وتغيرها :

كلما كانت الشخصية متكيفة مع البيئة التي تعيش فيها ومع داخلها ، كلما كانت أميل إلى الثبات ، والعكس غير صحيح ، فالميل إلى التأثير على البيئة والميل إلى التأثر بها ، يعني أنها تتمتع بثبات نسبي مرتفع رغم أن تغير الذات أو تحديدها هو وسيلة

دفاعية وصفتها أنا فرويد restriction of the ego هو في النهاية وسيلة للتكيف مع البيئة .

إن مظاهر الثبات في الشخصية تتضح في الأسلوب والسلوك في التعامل والذكاء وهي دلالات تؤشر الثبات وهناك دلالات أخرى تشير إلى أن الاستمرار في تطوير الشخصية هو أكثر وضوحا من ثباتها على حال واحد ، وبأن ما يبدو من استقرار للشخصية على طبيعة ما لا ينفي تغيرها مع الزمن ، وهذا ما يحدث بالفعل في أدوار الحياة الطبيعية لاحقا في مراحل العمر في النضج وإقامة علاقات ثابتة وتكوين الأسرة والأبناء .

مهما اختلفت الآراء في ثبات أو تغير الشخصية ، فإننا لا نستطيع أن نغفل الواقع ، وهو أن شخصية الإنسان كما يتضح من خلال سلوكه وتعامله وقدرته على التفاعل والانسجام مع الآخرين ، لها أن تتغير في الكثير لدى الناس حسب ما تفرضه ظروف المواءمة بين الفرد وبيئته التي يعيش فيها وتبعا لاستجاباته وردود الأفعال التي يواجهها مع المجتمع مثل التقبل ، التسامح ، الرفض ، الانصياع ، الإذعان ، وبهذا فإن الإنسان الواسع الإدراك له القدرة في التكيف مع البيئة مهما كانت صعبة ويستجيب لها لكي يلعب دوره بنجاح على مسرح الحياة لا سيما أن الشخصية قناع يلبسه الإنسان ليمثل دوره على مسرح الحياة الاجتماعية ولهذا فإننا يجب أن لا ننظر على هذا التحول والتغير في السلوك أو بعض مظاهر التغير في معالم الشخصية على أنها دلالة على تحول جذري في كيان الشخصية وإنما دليل مرونة على ما توفر في شخصية الفرد وقدرة عالية على التكيف تبعا لضرورات الحياة وما يتطلبه الواقع المعاش وبهذا يكون التغيير مجرد تنويع أو قبول الجديد لأن الجديد يولد من رحم القديم ولكن يتخلق من خلاله ، وبهذا يكون الجديد في حدود الشخصية بكليتها ويعد جزءاً منها لا غريباً عنها .

- قياس الشخصية :

كثيرا ما يحتاج السيكولوجي الإكلينيكي في عمله إلى تقدير بعض فعالية الاختبار النفسي وجديته في إعطاء النتائج الموضوعية التي ترتبط ارتباطا مباشرا بجدية نتائجه ، فالاختبارات النفسية ما هي إلا تقنيات صممت لقياس جانب من جوانب الإنسان العديدة ، فهناك اختبارات لقياس التوافق النفسي وقياس رد الفعل وقياس القدرات

النفسية وقياس السمات الشخصية وقياس الذكاء والميول المهنية والتعليمية والقدرات اللغوية لاختبار نوع اللغة التي يتفوق بها على اللغات الأخرى وما إلى ذلك من مقاييس نفسية . وقد ينتقد البعض أداء المقاييس النفسية لأنها صممت لتقيس بعض السمات منها ولكن كيف يمكن قياس الشخصية ، ونقول أن قياس الشخصية يتم عن طريق :-

١ـ المقابلة .

٢ـ الملاحظة .

٣ـ المقياس النفسي والاختبار .

١ـ المقابلة Interview :

ربما كانت المقابلة من أشهر أساليب تقدير ومعرفة بعض جوانب الشخصية التي استخدمت قديما وما زالت إلى الوقت الحاضر ،وهي تتميز بكونها تؤدي وظيفة أساسية في تقدير جوانب الشخصية وخصوصا إذا كانت المقابلة مفتوحة ـ حرة ـ غير محددة وتستخدم عادة لمعرفة العديد من جوانب الشيء المراد معرفته ، أما المقابلة المقيدة فهي التي تختص بجانب واحد وتتميز بوجود زمن محدد للمقابلة لم يتجاوز ال٥٥ دقيقة ولا يزيد أكثر من ذلك الوقت ويمكن أن يستنتج الأخصائي النفسي القائم بالمقابلة النقاط الأساسية التي كان يبحث عنها ، فتنتهي المقابلة بعد استخدام فنيات خاصة ومحددة في إدارتها ومعرفة مجرياتها . كما يمكن أن تكون المقابلة في حالات مقننة بحيث تشمل نفس الأسئلة التي تقدم بنفس الترتيب في كل مرة كما يحاول الآن علماء النفس استخدام الكومبيوتر في إجراء المقابلات ، فيجلس المفحوص أمام جهاز الكومبيوتر ويستجيب لمجموعة من الأسئلة التي تم برمجتها في الجهاز لتقديمها للقائم بعملية الفحص ، وهذه العملية الآلية لا تتيح للأخصائي النفسي القائم بالمقابلة متابعة لحظات التفكير ورصد مختلف الإيماءات والإشارات اللاشعورية التي يمكن رصدها لدى المفحوص ، في حين إن هذه الطريقة تبعد اتخاذ القرارات الذاتية أو العوامل الذاتية في إدارة المقابلة ، وهي بنفس الوقت أكثر موضوعية وحيادية .

تستطيع طريقة أسلوب المقابلة فحص الأفكار الشخصية والمشاعر والصراعات والمخاوف وما شابهها وهذه المجالات من الشخصية لا يمكن ملاحظتها مباشرة وبالتالي

ربما تبقى عرضة لعدم البوح بها أو الإفصاح عنها ما لم تتوفر الثقة التامة بين المفحوص والقائم بالمقابلة (الأخصائي النفسي الإكلينيكي) .

٢ـ الملاحظة :

وهو فن التعرف على الشخصية عن طريق ملاحظة توافر بعض السمات الجسمية فيه خاصة الرأس والوجه وحركة اليد .

وقد استخدمت الملاحظة المباشرة كوسيلة لقياس الشخصية وكذلك أمعن القائمين في تجزئة الجسم إلى مناطق للوصول إلى مثل هذه الدلالة للحكم على الشخصية فالبعض منهم استطاع أن يقسم الرأس إلى مناطق ثم أوجد لكل منطقة منها خاصية وملكة (قدرة) عقلية تقترن بحركة ومزاج معين فإذا اتسعت وبرزت هذه المنطقة مع غيرها كان لذلك دلالة واضحة على بروز خاصية في الشخصية ، والبعض الآخر من اهتم بحركة أداء العينين شكلا وحركة استخداما في مواقف معينة مثل الغضب أو الانفعال أو رد الفعل المفاجئ أو السكينة والهدوء أو الشعور بالغم أو النكد ، ثم استخدم بعض علماء النفس قياس المزاج في موقف ما ، وما يصدر من الفرد من سلوك وتصرفات .

٣ـ اختبارات الشخصية :

عدت الاختبارات والمقاييس الشخصية من أكثر طرق قياس الشخصية موضوعية وأقل تحيزاً ، فهي تبتعد عن الذاتية أو تحكم القائم بالمقابلة أو الملاحظ الخارجي ، فالاختبار ما هو إلا أداة صممت لتقيس ظاهرة معينة فإن كانت هذه الظاهرة تقيس الشخصية فالأداة بنيت لقياس هذا الجانب بعينه ، هذه الاختبارات والمقاييس صممت لقياس أفراد من بيئة معينة وثقافة معينة فلا يمكن أن تصلح لبيئة أخرى .

فبعض الاختبارات احتوت على مقاييس فرعية عملية وليست كتابية فقط والبعض الآخر كتابية .

- أنواع الاختبارات :

١- اختبارات موضوعية .
٢- اختبارات إسقاطية .

أولا : الاختبارات الموضوعية :

إن الاختبارات التي صممت على أنها موضوعية يعني يمكن تصحيحها بنفس الطريقة في كل مرة وفي أي مكان بغض النظر عن الشخص الذي قام بتطبيق الاختبار أو تصحيحه أو تحليل نتائجه ،بعبارة أخرى أن هذه الاختبارات (الموضوعية) تتأثر تأثرا بسيطا جدا بتحيز الفاحص وقد أدخلت تطويرات على هذا النوع من الاختبارات لزيادة الضبط الموضوعي .

والاختبارات الشخصية الموضوعية فيها بعض القصور يعيب مقاييس التقدير الذاتي الأخرى فربما يقرر الأفراد المطبق عليهم الاختبار ألا يتعاونوا مع الفاحص وبالتالي يحجبوا بعض المعلومات المطلوبة ويزيفوا أو يغيروا استجاباتهم الحقيقية بطريقة أخرى ، وحتى المفحوصون المتعاونون ربما لا يكونون دقيقي الملاحظة في دواخلهم ومع ذلك فكثير من الاختبارات الموضوعية مثل MMPI اشتملت على مقاييس وضعت خصيصا لتكشف التزييف وعدم الاتساق في الإجابة .

ومن تلك الاختبارات التي حظيت بسمعة جيدة وموضوعية عالية في ميدان قياس الشخصية هو اختبار الشخصية المتعددة الأوجه :

Personality Inventory (MMPI) – Minnesota Multiphasic

هو اختبار أمريكي نقله إلى العربية الدكتور عطية محمود هنا والدكتور عماد الدين إسماعيل والدكتور لويس كامل مليكة ويقيس الانحرافات التالية :

١ـ توهم المرض Hypochondriasis
٢ـ الانقباض Depression
٣ـ الهستيريا Hysteria
٤ـ الانحراف السيكوباثي Psychopathic Deviation

٥ـ الذكورة - الأنوثة	Masculinity – feminity
٦ـ الفصام	Schizophrenia
٧ـ الهوس الخفيف	Hypoynania
٨ـ الانطواء الاجتماعي	Social Introversion

هذا إلى جانب عدد آخر من المقاييس الأخرى الفرعية وهي :

١ـ مقياس الكذب .

٢ـ مقياس الصدق .

٣ـ مقياس الخطأ .

٤ـ مقياس التصحيح .

ويتكون المقياس من ٥٥٠ عبارة (فقرة) ومن أمثلة فقراته :

- أجد صعوبة في التحدث مع الناس إذا كانت معرفتي بهم حديثة .
- أعتقد أن هناك من يحاول أن يسرق أفكاري أو نتائج أعمالي .
- لا أهتم مطلقا بمظهري .
- يحاول بعض الناس إعاقتي .
- لا يضايقني أن أرى الحيوانات تتعذب .
- يقال عني عادة أنني سريع الغضب .
- البرق يخيفني .

ويقيس هذا الاختبار أيضا الإهمال والارتباك والدفاعية حتى يمكن أخذ تلك الظواهر في الاعتبار عند تفسير نتائج الاختبار وكثيرا ما يستخدم اختبار الشخصية المتعدد الأوجه في البحث النفسي أكثر من أي اختبار موضوعي آخر لأنه يحتوي على بعض الصدق كمقياس للشخصية ، بمعنى أدق أنه توجد دلائل في أن هذا الاختبار يقيس ما قد وضع من أجله .

ومن الاختبارات الموضوعية الأخرى :

كراسة الملاحظة لتقدير سمات الشخصية ومميزات السلوك وهو إعداد الدكتور عطية محمود هنا والدكتور عماد الدين إسماعيل ،وهو مقياس لسمات الشخصية على

أساس الملاحظة الفعلية والتحصيل الدراسي والانحرافات النفسية ، وقد حدد لكل صفة خمس درجات (مراتب) يمكن أن يستخدمها المدرسون والأخصائيون الاجتماعيون والنفسيون .

ـ اختبار مفهوم الذات للكبار :

تأليف الدكتور عماد الدين إسماعيل ، ويتكون من مائة عبارة يمكن أن تقال عن الذات ، والدرجة النهائية تعبر عن مفهوم الشخص لذاته ومدى تقبله لها ومدى تقبله للآخرين . وقد استخرجت معامل الصدق والثبات وكذلك معايير الاختبار .

ـ بطاقة تقويم الشخصية :

إعداد الدكتور عماد الدين إسماعيل وسيد عبد الحميد مرسي ، وتصلح لدراسة الأحداث وصغار السن كما تصلح للاستخدام في المدارس وفي عيادات الطب النفسي وتقيس سمات الشخصية .

ـ قائمة أيزنك الشخصية :

إعداد الدكتور محمد فخر الإسلام والدكتور جابر عبد الحميد جابر ،وتتكون من ٧٥ سؤالا يجيب عليها المفحوص بنعم أو لا . وهذه القائمة التي يسميها أيزنك تقيس بعدين من أبعاد الشخصية هما Esyench Personality :Inventory

ـ الانبساط Extraversion

ـ العصابية Neuroticism

وتمتاز هذه القائمة بوجود اختبار لقياس الكذب حيث يستطيع الفاحص التعرف على الأشخاص الذين يميلون للاستجابة على نحو معين .

ـ أنواع الشخصيات والتعامل معها :

الشخص يحكم على شخصيته من خلال سلوكياته، وكل شخص له خصائص تميزه عن غيره ، فتختلف الشخصيات بناء على اختلاف الخصائص، وبالتالي يحتاج كل شخص لأسلوب محدد في التعامل، فهذا ما يمكن توضيحه من خلال الموضوع التالي .

- ما هي الخصائص التي تميز كل شخصية عن الأخرى؟
- كيف يمكن أن أتعامل مع كل شخصية حسب خصائصها؟

وسوف نتكلم عن الشخصيات التالية:

١ـ الإنسان الودود ذو الشخصية البسيطة .

٢ـ الإنسان الخشن .

٣ـ الشخص المتردد .

٤ـ الشخص الذي تتصف ردود فعله بالبطء والبرود .

٥ـ الشخصية المتكيفة أو المتوافقة مع المجتمع .

٦ـ الشخص الثرثار .

٧ـ الشخصية المعارضة دائماً .

٨ـ الشخص مدعى المعرفة .

٩ـ الشخص الخجول .

١٠ـ الشخص العنيد .

١١ـ الشخصية المصلحة .

١٢ـ الشخص المفكر الإيجابي .

١٣ـ الشخص المتعالي .

١٤ـ الشخص كثير المطالب .

١٥ـ الشخص الباحث عن الأخطاء .

١٦ـ الشخص كثير الشكوى .

١٧ـ الشخص الانبساطى .

١٨ـ الشخصية الانطوائية .

١٩ـ الشخصية التجنبية .

٢٠ـ الشخصية الاعتمادية .

٢١ـ الشخصية الوسواسية .

٢٢ـ الشخصية الشكاكة (الاضطهادية) .

٢٣ـ الشخصية الانعزالية النمطية "غريب الأطوار" .

٢٤ـ الشخصية المضادة للمجتمع .

٢٥ـ الشخصية الحدية .

٢٦ـ الشخصية الهستيرية .

٢٧ـ الشخصية السلبية العدوانية .

٢٨ـ الشخصية العدوانية .

٢٩ـ الشخصية العدوانية المنحرفة .

٣٠ـ الشخصية الاكتئابية .

٣١ـ الشخص الخواف .

٣٢ـ الشخصية المتغيرة نتيجة الحالة الطبية "تغير الشخصية بعد إصابة الحوادث" .

ـ تشريح الشخصية الإنسانية :

إن بداية فهم الشخصية الإنسانية بدأت من فهم الأعراض المكبوتة ، فكأنه تمثل المكبوت عند الأنا إن صح التعبير ، والمكبوت منطقة غريبة على الأنا منطقة باطنية أجنبية ، كما أن "الواقع" – وأعتذر عن هذه العبارة غير المألوفة – منطقة خارجية أجنبية ، وقد شق التحليل طريقه من العرض إلى اللاشعور إلى حياة الغرائز إلى الوظيفة الجنسية ، وعندئذ عرضت للتحليل أوجه نقد بينة فحواها أن الإنسان ليس كائناً "جنسياً" فحسب ، بل أنه يتسم بمشاعر نبيلة سامية ، وكان من الممكن أن يضاف إلى هذا أن إحساس الإنسان بهذه المشاعر الرفيعة هو ما جعله يعطي لنفسه الحق ، في أغلب الأحيان في أن يفكر تفكيراً لغواً وأن يتغاضى عن الوقائع .

بل تعرفون ما هو خير من هذا : فقد كان رأينا منذ البداية أن الناس يسقطون صرعى المرض من جراء صراع بين مطالب الغرائز عندهم وبين المقاومة الداخلية التي تقام في وجهها ، ولم يغب عن أذهاننا لحظة ذلك العامل الذي يقاوم ويرفض ويكبت ، والذي رأينا أنه ينهض مزوداً بقوى خاصة : غرائز الأنا – ذلك العامل الذي يناظر الأنا في علم النفس المألوف ، وكانت الصعوبة التي عرضت لنا هي أن التحليل النفسي لم يستطع أن يدرس كل جوانب المجال دفعة واحدة ، أو أن يحكم على كل المشكلات في نفس واحد ، لأن التقدم في كل عمل علمي يقتضي بالضرورة كداً وعناء ، وقد قطعنا

آخر الأمر شوطاً يمكننا من أن نحول اهتمامنا من العناصر المكبوتة إلى القوى الكابتة ، فإذا بنا نلتقي مواجهة بالأنا الذي كان يبدو أنه ليس في حاجة إلى إيضاح كبير وكنا نتوقع توقعاً أكيداً أننا سنلتقي هنا أيضاً بأشياء لم تكن في الحسبان ، غير أنه لم يكن من اليسير أن نجد طريقة مبدئية ندنو بها من الموضوع ، وهذا ما سأحدثكم عنه اليوم .

وما يحدث من صراع بين منظمات الشخصية ممثلة في الهو ـ والأنا ـ والأنا الأعلى وهم منظمات للشخصية لا شعورية أو يحدثوا أثر لا شعوري .

كما أن مصطلح (عقدة الدونية) لا يكاد يستعمله أصحاب التحليل .

وهو لا يشير إلى شيء من الأشياء التي نعتبرها بسيطة فضلاً عن كونها بدائية . ويلوح لنا أن من الخطأ وقصور النظر أن نرده إلى إدراك الفرد عجزاً عضوياً أو عيباً آخر فيه ، كما يفعل أصحاب المدرسة التي تدعى (مدرسة علم النفس الفردي) . إن الشعور بالدونية يقوم على أساس شهوى قوي .

فالطفل يشعر بهذا الشعور حين يدرك أنه غير محبوب .

ولنعد إلى الأنا الأعلى ، لقد عزونا إليه ثلاثة للنشاط : مراقبة الذات ، وإقامة المثل العليا ، والضمير الخلقي . ويترتب على بياننا عن منشئه أنه يرتكز على واقعة بيولوجية غاية في الخطورة لا تقل وزناً عن واقعة سيكولوجية ذات أهمية جسمية : ونعني بها طول اعتماد الطفل على أبويه ، وعقدة أوديب .

يضاف إلى هذا أن هاتين الواقعتين ترتبط إحداهما بالأخرى ارتباطاً وثيقا إن الأنا الأعلى ، في نظرنا ، ممثل جميع القيود الخلقية ، والمتكلم بلسان النزعة إلى الكمال ، وعلى الجملة فهو يمثل من الناحية النفسية ما ألف الناس أن يسموه الصفات (السامية) في الحياة الإنسانية ، وبما أنه يمكن رجعه إلى تأثير الأبوين والمدرسين وغيرهم ، ففي وسعنا أن نزداد علماً بدلالته إذا نحن وجهنا اهتمامنا إلى هذه المصادر .

إن الآباء ومن يشبههم في النفوذ ، يسيرون في تنشئة الأطفال ، عادة ، بإملاء من أنواتهم العليا .

لقد قلنا أننا بصدد احتمالين : أن يكون الأنا والأنا الأعلى نفساهما لا شعوريين ، أو أن الأمر لا يعدو أنهما يحدثان آثاراً لا شعورية . ولدينا من الأسباب الوجيهة ما يحملنا على تأييد الاحتمال الأول .

فمن المؤكد أن جوانب كبيرة من الأنا والأنا الأعلى يمكن أن تبقى لا شعورية ، بل إنها في الواقع لا شعورية عادة . وهذا يعني أن الفرد لا يعرف شيئاً عن محتوياتها ، ولا بد من جهد وعناء حتى يفطن ويشعر بها .

فحق لنا إذاً أن نقول إن الأنا والشعور غير متساويين في المجال . والأمر بالمثل بين المكبوت واللاشعور .

وهكذا نجد أنفسنا مضطرين إلى إعادة النظر في تصورنا مسألة الشعور واللاشعور برمتها ، وربما نميل في بادئ الأمر إلى أن نغض من شأن الشعور فلا نتخذه معياراً ، فقد ثبت أنه لا يمكن الاعتماد عليه والركون إليه . غير أننا إن فعلنا هذا كنا خاطئين . مثل ذلك كمثل الحياة : إذ ليست لها قيمة كبيرة لكنها كل ما نملك . فلو لم نستأنس بالضوء الذي تلقيه الأحوال الشعورية ضللنا في ظلمات سيكولوجيا الأعماق .

لقد ظللنا نتحدث إلى الآن عن مزايا الأنا وقدراته ، وقد آن الوقت أن ننظر إلى الوجه الآخر من الصورة . ليس الأنا في الواقع إلا جزءاً من الهي أصابه تحوير غائي لمجاورته أخطار العالم الخارجي . وهو من الناحية الديناميكية ضعيف ، يستعير طاقته من الهي ، ونحن لا نجهل البتة تلك الأساليب – نكاد نسميها (الحيل) – التي ينتزع بها الأنا من الهي مقادير أكبر من الطاقة .

من أمثال هذه الأساليب عملية (التقمص) موضوعات يحتفظ بها أو يهجرها . فالشحنات الموضوعية تصدر من المطالب الغريزية للهي ، وأول ما يعمله الأنا هو أن يسجل هذه الشحنات . غير أنه حين يتقمص الموضوع فإنه يمثل بين يدي الهي بدل الموضوع ، ويعمل على اجتذاب ليبدو الهي إلى نفسه . ولقد رأينا من قبل أن الأنا يستحوذ ، خلال حياة الفرد ، على كثير من بقايا الشحنات الموضوعية القديمة . وجملة القول أن الأنا يتعين عليه أن يحقق مقاصد الهي ، وهو يقوم بواجبه على خير وجه متى أفلح في الكشف عن الظروف الملائمة التي تتحقق فيها هذه المقاصد .

إن الصلة بين الأنا والهي كالصلة بين الفارس وفرسه . فالفرس هي الطاقة المحركة ، وعلى الفارس أن يحدد الهدف ويوجه حركات مطيته القوية نحو هذا الهدف .

غير أن الصلة بين الأنا والهي غالباً ما تقصر عن بلوغ هذه الغاية المثلى فإذا بالفارس يرى نفسه مرغماً على السير في الاتجاه الذي تريده الفرس نفسها .

إن الأنا ينفصل عن جزء من الهو بفعل المقاومات الكابتة ، لكن سياج الكبت لا يمتد إلى داخل الهي ، وبذا تتسرب المواد المكبوتة إلى سائر الهي .

من الحكم الجارية أن الإنسان لا يستطيع أن يخدم سيدين في وقت واحد . لكن الأنا المسكين يقف موقفاً أحرج من هذا ، إذ يتعين عليه أن يخدم ثلاثة من السادة العتاة ، وأن يبذل ما في وسعه للتوفيق بين مطالب الثلاثة وتكاليفهم ، وهي مطالب متباينة متناقضة أبداً ، وغالباً ما تبدو متنافية لا يمكن التوفيق بينها . فلا غرو أن يخفق الأنا في أداء مهمته في الكثير الغالب من الأحيان . أما هؤلاء المستبدون الثلاثة فهم الأنا الأعلى والعالم الخارجي والهي .

ومتى راقب الإنسان ما يبذله الأنا من جهود لإرضاء هؤلاء الثلاثة جميعاً ، أو بالأصح لإطاعتهم جميعاً في آن واحد ، لم يأس على ما فعلناه حين جسمنا الأنا وجعلنا له كياناً قائماً بذاته .

إن الأنا يشعر أنه محاط من جوانب ثلاثة ، تتهدده أخطار ثلاثة مختلفة ، فإن اشتد الإلحاح عليه والتعنت به ، استجاب لذلك بالحصر .ذلك أن ينشأ من خبرات (النظام الإدراكي) ، فهو يهدف إلى تصوير مطالب العالم الخارجي ، لكنه يريد أيضاً أن يكون خادماً وفياً للهي ، وأن يبقى على وفاق معها ، وأن يوصي بنفسه عندها باعتباره موضوعاً من الموضوعات ، وأن يجتذب مما بها من لبيدو فيطرحها على نفسه . وهو في محاولته التوسط بين الهي وعالم الواقع غالباً ما يرى نفسه مضطراً إلى أن يستر المطالب اللاشعورية للهي بتبريرات بشعورية من عنده ، وأن يموه على الأصرعة التي تقوم بين الهي والواقع ، وأن يصطنع الغش الدبلوماسي فيبدي نوعاً من الاعتبار المفتعل للواقع ، حتى تلح الهي في عنادها وشموسها .

هذا من جهة ، ومن جهة أخرى نرى الأنا الأعلى الصارم يرصد كل حركاته ، ويفرض عليه معايير معينة للسلوك ، دون اعتبار للصعوبات التي تقيمها الهي والعالم الخارجي . فإن لم يمتثل لهذه المعايير عاقبه الأنا الأعلى بمشاعر التوتر الأليمة تبدو في صورة إحساس بالذنب أو إحساس بالدونية .

- تأثير المرض النفسي على الشخصية :

يستطيع لأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يقول أن مجال علم النفس المرضى يتألف أسسا من لظواهر النفسية التي تتطلب تدخله ، ويبدو أن هذه الظواهر تتسم بواحدة على الأقل من الخصائص الأربع التالية:

١- أنها مصدر معاناة للشخص ذاته ، أو للمحيطين به كأن تأخذ شكل مخاوف أو مشاعر تعاسة .
٢- أن تكون مؤدية إلى عجزه كالمخاوف المرضية ، وصعوبات الذاكرة .
٣- أن تكون غير متسقة اجتماعياً مع السياق الحضاري المحدد للمريض ، مثل اتخاذ هيئة غريبة ، وحديث الشخص مع نفسه بصوت مرتفع في مكان عام .
٤- أن تكون متنافرة مع الواقع - كالهلاوس والهذاءات .

ولأغراض تتعلق بالوصف وتيسير التخاطب نستطيع أن نقسم هذه الظواهر إلى عشرة فئات رئيسية ، وهذه هي :

١- مشاعر مرجعية بالغة الشدة ، بمعنى أن تكون مشاعر مرتبطة بعناصر خارج المريض ، مثل "أنا أخاف الكلاب" و"أنا مكتئب لسلوك ابني" .
٢- مشاعر غير مرجعية وبالغة الشدة ، بمعنى أن تكون مشاعر لا علاقة لها بشيء في العالم المحيط بالمريض ، مثل "أشعر باكتئاب شديد" ، "أشعر بقلق شديد" ؟
٣- حوافز وحاجات مغالى في تضخيمها أو في التقليل من شأنها ، من هذا القبيل حوافز تناول الطعام والجنس والنوم .
٤- معتقدات بالغة القوة عن العالم الخارجي أو عن المريض نفسه ، مثل ' لا يوجد مستقبل' ، 'لا أستحق أن أمتع نفسي" .
٥- اختلال في الوظائف المعرفية مثل العجز عن التركيز والعجز عن التذكر .
٦- سلوك غير اجتماعي وغير توافقي ، مثل تكرار إحكام صنابير الغاز والعجز عن الاهتداء إلى الطريق في الأماكن المألوفة .
٧- سلوك اجتماعي غير توافقي مثل العجز عن الذهاب إلى الحفلات أو الصياح في وجوه الناس في الطريق بأقوال لا رابط بينها .
٨- خبرات إدراكية مضطربة مثل الهلاوس ومشاعر انعدام الواقعية .

٥- الفروق الفردية في الإثارة الوجدانية أو في الحالة الانفعالية :

وكانت لفترة طويلة موضوعاً للتنظير وللفحص العلمي ، ويوجد عرض واضح لهذا الموضوع في كتاب "إيزنك" ، وأحد دلالات هذا المفهوم هو أن عدداً كبيراً من اختلالات الوظائف النفسية يوجد لدى الأشخاص الذي يمكن إثارتهم بسهولة وبعنف ، ولدينا هنا سبب واحد ممكن للفروق الفردية في الميل إلى الانهيار ، ويرى ماهر أن الدلائل التجريبية توحي أنه بقدر قوة المشاعر أو الحوافز التي يتضمنها الصراع تزداد شدة تأثير هذا الصراع ، ومن المفروض أن الاستجابة للإحباط وللتغيرات المفاجئة يمكن أن تكون حادة كذلك لدى هؤلاء الأشخاص ، ويمكن أن يتضمن العلاج خفضاً منظماً لقوة الإثارة السمبتاوية بواسطة أساليب مثل الاسترخاء ، التمرينات البدنية ، والتسلي بأنشطة مشبعة ومحببة للنفس ، وقد يحتاج أمثال هؤلاء المرضى كذلك أن يمنحوا قدراً كبيراً من العون للتغلب على المصاعب التي يستطيع غيرهم تجاوزها بسهولة كالتعامل مع الزملاء المتعبين وتدبير مطالب الحياة الاجتماعية .

قائمة المراجع

٩- خبرات جسمية بالغة الشدة مثل التوتر والصداع .

١٠- اختلال الوظائف الحركية ، مثل الخلجات وارتباك الحركة والرعشة .

ولا يعني هذا النوع من التصنيف تقرير وجود مجموعة زملات مرضية ولا وجود عوامل مستمدة من ارتباطات محسوبة ، فالبحوث العملية السليمة وحدها هي القادرة على تقرير مثل هذه الأمور ، كما أن هذا التصنيف لا يمكن اعتباره صادقاً ، وكل ما لدينا هنا هو تصنيف تمهيدي للظواهر ما زال يتطلب تحققاً إجرائياً ، والهدف الجوهري منه هو تيسير التخاطب وتحديد أهداف للبحث ، وفي هذه المرحلة يمكن تقبل أي نسق آخر للتصنيف إذا استطاع أن يشمل معظم الظواهر المتعلقة بالموضوع .

- بعض نظريات علم النفس المرضى :

لا توجد لدينا الآن نظرية عامة متسقة في علم النفس المرضى مقبولة على نطاق واسع من المتخصصين في علم النفس الإكلينيكي ، وأحد أسباب ذلك أن البحث والتفكير في علم النفس الإكلينيكي لم يتجه أساساً نحو تفسير الظواهر النفسية ، بل أصبحا بدلاً من ذلك مشغولين بالفئات التشخيصية المفترضة أو بمحاولة إثبات بعض النظريات المتبناة ، ورغم هذا فإن قدراً لا بأس به من البحوث والتنظير المرتبط بها ظهر خلال بضع مفاهيم ذات قيمة تفسيرية لمجال واسع من الاضطرابات النفسية ، وقد بدأ بالفعل استخدام هذه المفاهيم في تطوير أساليب التقدير والعلاج ، وكل ما يمكننا تقديمه في هذا البحث تخطيط إجمالي لخمسة من هذه المفاهيم ، أما علاقاتها المتبادلة ودلالاتها فما زالت تحتاج إلى بذل مزيد من الجهود .

١- عمليات تكون الربط والاقتران :

ويمكن تحت ظروف خاصة أن تؤدي إلى إيجاد ترابطات مرضية قوية ، مثال ذلك التدعيم المرجأ والتدعيم المتقطع ، ويمكن لهذه العمليات أن تفسر عدد كبير من الاختلالات الوظيفية ، ومن الأمثلة الشديدة الوضوح على ذلك التوجسات والأعراض القهرية ، وإن كان من العسير أن نجد اختلالاً نفسياً لا يمكن القول بأن عمليات تكوين الترابطات لها قدر من الأهمية فيه ، وربما كان " Wolpe" ، وليه "Jones" أول من استخدم هذا المبدأ في العلاج و"جونز" بابتكار أساليب تقوم على

أساس تصورات التشريط والتشريط العكسي لأضعاف الترابطات المتعلقة بالاضطراب ، وهناك أمثلة حديثة لهذا التطوير في اكتساب الذي أشرف على نشره "فرانكس ، وويلسون" .

٢- الصراعات المزمنة التي لم تحل :

ويمكن أن تؤدي إلى انهيار في سلوك الحيوانات عندما يتعذر عليها الهرب من مواقف الصراع ، ويؤكد "ماهر" ، أن جانب كبير من مثل هذه الانهيارات تجتمع فيها الخصائص الفيزيولوجية والسلوكية لخوف أي الإثارة العصبية السمبتاوية ، وعلى هذا فإن حالات القلق المزمن يمكن أن تكون نتيجة صراعات مزمنة ، كما يمكن أن تنتج حالات مزمنة أخرى مثل حالات الاكتئاب بنفس الطريقة ، والخصائص المعينة لأية حالة انفعالية يمكن أن ترجع إلى نوع الموقف الذي يحدث فيه الصراع ، ويتجه العلاج إلى حل هذه الصراعات بوسائل سلوكية أو معرفية مناسبة .

٣- الإحباط المزمن :

ويحدث خاصة عندما يتعذر الهرب ، وهو ما رآه أيضاً بعض علماء النفس من أمثال "بيركو - فيتس" ، بوصفه واحداً من المثيرات الرئيسية للغضب ، وخاصة استجابات الغضب الانفجارية وغير الملائمة ، وعلى هذا يتعين أن يتضمن فحص حالات الإثارة السمبتاوية الشديدة والسلوك المضطرب فحصاً للدرجة التي وصل إليها تأثر المريض بالإحباط ، وبالتالي ربما أمكن خفض الإحباط بواسطة تعديل اتجاهات المريض وظروفه الخاصة .

٤- التغيرات المفاجئة في نظم التدعيم :

ومن المعروف منذ زمن طويل أنها تعد من أسباب انهيار سلوك الحيوان ، وهو ما يشبه هنا مفهوم الانتقال النفس الاجتماعي الذي قدمه "باركيز" ، كمسبب للحالات الوجدانية من ذلك مثلاً بحثه في الآثار الوجدانية للشكل ، ولهذا المفهوم دلالات هامة في تفسير الاضطرابات النفسية والتحكم فيها ، وهو يؤثر بوجه الخصوص في النظرة إلى إخراج المرضى نزلاء المستشفيات ممن يتعين في ضوء هذا المفهوم معاملتهم ، ورعايتهم بحرص شديد .

٥- الفروق الفردية في الإثارة الوجدانية أو في الحالة الانفعالية :

وكانت لفترة طويلة موضوعاً للتنظير وللفحص العلمي ، ويوجد عرض واضح لهذا الموضوع في كتاب "إيزنك" ، وأحد دلالات هذا المفهوم هو أن عدداً كبيراً من اختلالات الوظائف النفسية يوجد لدى الأشخاص الذي يمكن إثارتهم بسهولة وبعنف ، ولدينا هنا سبب واحد ممكن للفروق الفردية في الميل إلى الانهيار ، ويرى ماهر أن الدلائل التجريبية توحي أنه بقدر قوة المشاعر أو الحوافز التي يتضمنها الصراع تزداد شدة تأثير هذا الصراع ، ومن المفروض أن الاستجابة للإحباط وللتغيرات المفاجئة يمكن أن تكون حادة كذلك لدى هؤلاء الأشخاص ، ويمكن أن يتضمن العلاج خفضاً منظماً لقوة الإثارة السمبتاوية بواسطة أساليب مثل الاسترخاء ، التمرينات البدنية ، والتسلي بأنشطة مشبعة ومحببة للنفس ، وقد يحتاج أمثال هؤلاء المرضى كذلك أن يمنحوا قدراً كبيراً من العون للتغلب على المصاعب التي يستطيع غيرهم تجاوزها بسهولة كالتعامل مع الزملاء المتعبين وتدبير مطالب الحياة الاجتماعية .

قائمة المراجع

أولا : المراجع العربية :

١ـ أحمد عزت راجح (١٩٨٤) : أصول علم النفس . دار المعارف . مصر ، ٥١ .

٢ـ أحمد عكاشة (١٩٨٦) : علم النفس الفسيولوجي . القاهرة ، دار المعارف ، الطبعة الثامنة .

٣ـ أحمد سليمان عودة ؛ فتحي حسن ملكاوي (١٩٩٢) : أساسيات البحث العلمي في التربية والعلوم الإنسانية . الطبعة الثانية . كلية التربية ، جامعة اليرموك . الأردن .

٤ـ أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٦) : قياس الشخصية .الكويت :لجنة التأليف والتعريب والنشر ، مجلس النشر العلمى ، ط ١ - جامعة الكويت .

٥ـ أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩١) : استخبار أيزنك للشخصية . وضع أيزنك وزملاؤه ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

٦ـ أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٤) : الأبعاد الأساسية للشخصية . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، ط ٥ .

٧ـ أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٠) : استخبارات الشخصية . الإسكندرية " دار المعرفة الجامعية ، ط ٣ .

٨ـ أحمد محمد عبد الخالق وآخرون (١٩٩٢) : سلوك النمط " أ " وعلاقته بأبعاد الشخصية : دراسة عاملية . مجلة العلوم الاجتماعية ، مجلد ٢٠ ، عدد (١ ، ٢) ٩ - ٢٩ .

٩ـ أسامة أمين الخولي (١٩٩٠) : في مناهج البحث .مجلة عالم الفكر . المجلد العشرون . العدد الأول . وزارة الإعلام الكويت ،٣-٥ .

١٠ـ أشرف على عبده (٢٠٠) : الإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق . المركز الدولي للاستشارات النفسية .القاهرة .

١١ـ أشرف على عبده (٢٠٠٠) : سيكولوجية الإدمان من منظور علاجي حديث . المركز الدولي للاستشارات النفسية . القاهرة .

١٢- العارف بالله محمد الغندور وآخرين (٢٠٠٠) . علم النفس الإكلينيكي "دراسة الحالة والتقرير النفسي" كلية الآداب . جامعة عين شمس الناشر غير مبين .
١٣ـ بدر محمد الأنصارى (١٩٩٧) : الشخصية من المنظور النفسى . الكويت : دار الكتاب الجامعى ، ط ١ .
١٤ـ بدر محمد الأنصارى (١٩٩٩) : مقاييس الشخصية . الكويت : شركة ذات السلاسل .
١٥ـ بدر محمد الأنصارى (١٩٩٦) : قياس الخجل . الكويت : دار الكتاب الجامعى .
١٦ـ بدر محمد الأنصارى (١٩٩٧) : مدى كفاءة قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية فى المجتمع الكويتى . مجلة دراسات نفسية ، مجلد ٧ ، عدد ٢ ، ٢٧٧ - ٣١٠ .
١٧ـ توماس أولتمانز ، جون .م . نيل ،جيرالد .س . دافيسون (٢٠٠٠) .دراسات حالة فى علم النفس المرضى . ترجمة رزق سند إبراهيم . تقديم لويس مليكة .
١٨ـ جابر عبد الحميد جابر ، وأحمد خيري كاظم (١٩٩٦) : مناهج البحث في التربية وعلم النفس ، القاهرة ، دار النهضة العربية .
١٩ـ جمعة سيد يوسف (٢٠٠٠) : الاضطرابات السلوكية وعلاجها . القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .
٢٠ـ جوليان روتر (١٩٨٩) : علم النفس الإكلينيكي . ترجمة عطية محمود هنا . القاهرة : دار الشروق .
٢١ـ حامد زهران (١٩٧٧) : الصحة النفسية .الطبعة الثانية . عالم الكتب .القاهرة .
٢٢ـ حامد زهران (١٩٧٧) : علم نفس النمو . الطبعة الرابعة ، دار المعارف .
٢٣ـ حامد عبد السلام زهران (١٩٨٠) . التوجيه والإرشاد النفسي الطبعة الثانية . القاهرة عالم الكتب . ص١٧٣ .
٢٤ـ حسن عبد الفتاح الفنجري (٢٠٠٦) : السعادة بين علم النفس الإيجابي والصحة النفسية . بنها : مؤسسة الإخلاص للطباعة والنشر .
٢٥ـ حسن عيسى؛ طه أمير (١٩٨٩) : معايير اختبار المسح السيكولوجي على البيئة الكويتية . دار القلم . الكويت .

٢٦ـ حسن مصطفى عبد المعطي (١٩٩٨) : علم النفس الإكلينيكي . القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر .

٢٧ـ حسين خايد (٢٠٠٤) : علم النفس العام : رؤية معاصرة . سلسلة علم النفس . الإسكندرية : مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع .

٢٨ـ حصة عبد الرحمن الناصر (١٩٩٦) : سلوك النمط ' أ ' وعلاقته بالعصابية والانبساطية : دراسة للارتباطات بين البنود . مجلة العلوم الاجتماعية ، مجلد ٢٤ ، ٤ ، ٥٧ - ٧٢ .

٢٩ـ حنا عزيز دواد ؛ ناظم هاشم العبيدي (١٩٩٠) : علم نفس الشخصية .وزارة التعليم العالي والبحث العلمي . جامعة بغداد . العراق ، ١٩٦-١٩٧ .

٣٠ـ دانيل لاجاش (١٩٦٢) : المجمل في التحليل النفسي . ترجمة : مصطفى زيور وعبد السلام القفاش ، مكتبة النهضة المصرية .القاهرة .

٣١ـ رولان دوروف ، فرانسواز بارو (١٩٧٢) .موسوعة علم النفس . مجلد ٢١ . دار غريب للنشر والتوزيع .

٣٢ـ ريكان إبراهيم (١٩٨٨) : النفس والقانون ، دراسة في الطب النفسي العدلي . مركز البحوث القانونية ، وزارة العدل ، دار الحرية للطباعة ، بغداد .

٣٣ـ زهور إسماعيل (١٩٧٩) : الاتجاهات الوالدية في معاملة الفتاة العراقية المراهقة . القاهرة ، جامعة عين الشمس ، كلية البنات ، قسم علم النفس التعليمي ، رسالة ماجستير غير منشورة .

٣٤ـ سالم بن سهيل شماس (٢٠٠٣) : دراسات في علم النفس والصحة النفسية رؤية معاصرة ، الإسكندرية : دار الكتب الجامعية .

٣٥ـ سامي عبد القوي (١٩٩٤) : مقياس الصرع النفسي الحركي (كراسة التعليمات) ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .

٣٦ـ سامي عبد القوي (١٩٩٥) : علم النفس الفسيولوجي . الطبعة الثانية ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .

٣٧ـ سامي عبد القوي (١٩٩٦) : مدخل إلى علم الأدوية النفسية . القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .

٣٨ـ سعد جلال (١٩٨٥): الطفولة والمراهقة . الإسكندرية ، دار الفكر العربي .
٣٩ـ سعيدة محمد أبو سوسو (٢٠٠٣) : مدخل علم النفس في ضوء القران والسنة . القاهرة : دار الفكر .
٤٠ـ سيجموند فرويد (١٩٣٢) : محاضرات تمهيدية جديدة في التحليل النفسي ، ترجمة عزت راجح ، القاهرة ، مكتبة مصر .
٤١ـ سيد غنيم ؛ هدى برادة (١٩٨٠) : الاختبارات الإسقاطية . القاهرة ، دار النهضة العربية .
٤٢ـ صفوت فرج (١٩٩١) : التحليل العاملى فى العلوم السلوكية ، القاهرة : الأنجلو المصرية ، ط ٢ .
٤٣ـ صلاح أحمد مراد وأمين على سليمان (٢٠٠٢) : الاختبارات والمقاييس في العلوم النفسية والتربوية : خطوات إعدادها وخصائصها . الكويت ، دار الكتاب الحديث .
٤٤ـ صلاح الدين العمرية (٢٠٠٥) : علم النفس عمان : مكتبة المجتمع العربي .
٤٥ـ صلاح الدين محمد أبو ناهية (١٩٨٩) : استخبار" آيزنك " للشخصية (صيغة الراشدين) . القاهرة : دار النهضة العربية .
٤٦ـ طه أمير طه (١٩٨٩) : اختبار الحفاظ البصري . الكويت ، دار القلم .
٤٧ـ عبد الرحمن العيسوي (١٩٩٢) : علم النفس الإكلينيكي الدار الجامعية ، الإسكندرية) .
٤٨ـ عزت الطويل (٢٠٠١) : معالم علم النفس المعاصر ط٤ . الإسكندرية : دار الوفاء .
٤٩ـ عبد الستار إبراهيم (١٩٨٨) : علم النفس الإكلينيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفسي . دار المريخ للنشر ، الرياض .
٥٠ـ عطية محمود هنا (١٩٦٩) : اختبار الشخصية للأطفال .مكتبة النهضة المصرية . القاهرة .
٥١ـ عطوف ياسين (١٩٨١) : علم النفس العيادي . دار العلم للملايين ، بيروت .
٥٢ـ عطوف ياسين (١٩٨١) : قضايا نقدية في علم النفس المعاصر ، لبنان ، بيروت ، مؤسسة نوفل .

٥٣ـ فان دالين ، ديوبولد ب . (١٩٦٩) : مناهج البحث في التربية وعلم النفس . ترجمة محمد نبيل نوفل وسليمان الشيخ وطلعت منصور ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

٥٤ـ فرج طه (١٩٨٨) : علم النفس وقضايا العصر ، القاهرة ، دار المعارف ، الطبعة الثامنة .

٥٥ـ فرج عبد القادر طه (١٩٩٨) : معجم علم النفس والتحليل النفسي .دار سعاد الصباح للنشر والتوزيع . القاهرة .

٥٦ـ فهد عبد الله الربيعه (١٩٩٦) . اتجاهات طلاب وطالبات علم النفس بجامعة الملك سعود نحو مهنة الأخصائي النفسي الإكلينيكي ـ دراسة استطلاعية ـ المجلة العلمية لكلية الآداب ، جامعة المنيا ، م٢٠ ، أبريل ، ٦٥ـ٩٥ .

٥٧ـ فؤاد أبو حطب ؛ حسنين الكامل ؛ نجيب خزام (١٩٨٩) : صورة علم النفس لدى الشباب العماني . مجلة العلوم الاجتماعية ، الكويت ، ١٧ ، ٣ ، ١٩ـ٥٢ .

٥٨ـ فؤاد البهي السيد (١٩٧٥) : الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة . القاهرة ، دار الفكر العربي ، الطبعة الرابعة .

٥٩ـ فيصل محمد خير الزراد (١٩٨٨) : علاج الأمراض النفسية (ط٢) . دار العلم للملايين ، بيروت .

٦٠ـ فيصل محمد خير الزراد (٢٠٠٢) : الذاكرة : قياسها ، اضطرابها ، علاجها ، الرياض ، دار المريخ للنشر .

٦١ـ فيكتور سميرنوف (١٩٨٥) : التحليل النفسي للولد ، ترجمة : فؤاد شاهين ، لبنان ، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر ، الطبعة الثالثة .

٦٢ـ كامل عبد الوهاب محمد (٢٠٠٤) : اتجاهات معاصرة في علم النفس . القاهرة: مكتبة الأنجلو .

٦٣ـ كولز (١٩٩٢) : المدخل إلى علم النفس المرضى الإكلينيكي . ترجمة عبد الغفار الدماطي وآخرون . دار المعرفة الجامعية . القاهرة .

٦٤ـ لويس كامل مليكة (١٩٧٧) . اختبار الشخصية المتعدد الأوجه . دار النهضة العربية . القاهرة .

٦٥ـ لويس مليكة (١٩٨٥) : اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص "مؤشرات التحليل الكمي" في ضوء الجداول المحلية للمعايير الوصفية والكمية والمصورة ، دار النهضة المصرية .

٦٦ـ لويس مليكة (١٩٨٦) : دراسة الشخصية عن طريق الرسم ، القاهرة ، دار النهضة المصرية ، الطبعة الخامسة .

٦٧ـ لويس مليكة (١٩٨٩) : سيكولوجية الجماعات والقيادة ، القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب .

٦٨ـ لويس كامل مليكة (١٩٩٧) : التقييم النيوروسيكولوجي ، القاهرة ، مطبعة فيكتور كيرلس .

٦٩ـ لويس مليكة (١٩٩٨) : علم النفس الإكلينيكي: الجزء الأول ، التشخيص والتنبؤ في الطريقة الإكلينيكية . الهيئة المصرية العامة للكتاب .

٧٠ـ ليندا دافيدوف (١٩٨٨) . مدخل علم النفس . القاهرة : الدار الدولية للنشر والتوزيع .

٧١ـ ليندزي هول (١٩٧١) : نظريات الشخصية ، ترجمة : فرج أحمد فرج وآخرون ، القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للتأليف والنشر .

٧٢ـ محمد أحمد النابلس (١٩٩٠) : إسقاط الشخصية في اختبار تفهم الموضوع ، لبنان ، بيروت ، مؤسسة نوفل .

٧٣ـ محمود أبو النيل (١٩٧٨) : الإحصاء النفسي والاجتماعي ، القاهرة ، الشركة المصرية للطباعة والنشر ، الطبعة الثانية .

٧٤ـ محمد السيد عبد الرحمن ، وصالح بن عبد الله (١٩٩٨) : مقياس التحليل الإكلينيكي . القاهرة ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .

٧٥ـ محمد رشاد كفافي (١٩٩٣) : التحليل النفسي في ضوء فلسفة العلوم .مجلة عالم الفكر المجلد الثاني والعشرون .العدد الأول . وزارة الأعلام ، الكويت .

٧٦ـ محمد محروس الشناوى (١٩٩٦) . العملية الإرشادية . دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع . القاهرة .

٧٧ـ مصطفى سويف (١٩٨٥) : مرجع في علم النفس الإكلينيكي ، القاهرة ، دار المعارف .
٧٨ـ مصطفى فهمي (١٩٦٧) علم النفس الإكلينيكي . دار مصر للطباعة .القاهرة .
٧٩ـ محمد نجيب الصبوه (٢٠٠٢) : الاختصاصي النفسي والأمراض المهنية ، دورة في الوقاية والتشخيص والعلاج . دراسات نفسية ، ١٢ ، (٣) ، ٣٢٩ـ٣٣٩ .
٨٠ـ محمود الزيادي (١٩٦٩) : علم النفس الإكلينيكي . الأنجلو المصرية . القاهرة .
٨١ـ محمود السيد أبو النيل (١٩٧٨) : الإحصاء النفسي والاجتماعي ومعايير اختبار الشخصية الإسقاطي الجمعي . الطبعة الثانية .الجهاز المركزي للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية . القاهرة .
٨٢ـ محمود السيد أبو النيل (٢٠٠١) : قائمة كورنيل للشخصية .دار غريب للنشر والتوزيع . القاهرة .
٨٣ـ مصطفى زيور (١٩٧٠) : حياتي والتحليل النفسي . دار المعارف . القاهرة .
٨٤ـ مصطفى زيور (١٩٧١) : انحراف الأحداث . دار المعارف . القاهرة .
٨٥ـ مصطفى فهمي (١٩٦٧) : علم النفس الإكلينيكي . دار مصر للطباعة .القاهرة .
٨٦ـ ممدوح الكناني وآخرين (٢٠٠٢) : المدخل إلى علم النفس . الكويت: مكتبة الفلاح .
٨٧ـ ممدوح صابر أحمد (١٩٩٦) : علاقة القابلية للإيحاء ببعض سمات الشخصية لدى عينة من طلاب الجامعة . مجلة علم النفس ، عدد ٣٨ ، ١٠٦ - ١١٧ .
٨٨ـ منظمة الصحة العالمية (١٩٨٥) : دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في مؤسسات الصحة النفسية . ترجمة : زين العابدين درويش . في : مصطفى سويف وآخرين : مرجع في علم النفس الإكلينيكي ، القاهرة : دار المعارف .
٨٩ ـ هشام عبد الرحمن الخولي (٢٠٠٧) : دراسات وبحوث في علم النفس والصحة النفسية الإسكندرية : دار الوفاء .
٩٠ـ هول . ليندزي (١٩٧١) : نظريات الشخصية . ترجمة : فرج أحمد فرج وآخرون . الهيئة المصرية العامة للتأليف والنشر . القاهرة .

٩١ـ والتر فانـدايك بنجهـام ، بـروس فيكتـور مـور (١٩٦١) : سـيكولوجية المقابلـة ، ترجمة : فاروق عبد القادر ، عزت إسماعيل ، القاهرة ، دار النهضة العربية .
٩٢ـ وليم الخولي (١٩٧٦) : الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب النفسي . الطبعة الأولى . دار المعارف ، مصر .
٩٣ـ يوسف عبد الفتاح أحمـد (١٩٩٥) : الأبعـاد الأساسـية للشخـصية وأنمـاط الـتعلم والتفكير لدى عينة من الجنسين بدولة الإمارات . مجلة العلوم الاجتماعية ، مجلـد ٢٣ ، عدد ٣ ، ٣٣ -٥٧ .

ثانيا : المراجع الأجنبية :

94- Aaron .S. (1994):Critical Clinical Considerations in Neuropsychological Assessment of Closed Head and Traumatic Brain Injury . In: C .N . Charles (Ed .), Analysis, Understanding, and Presentations of Cases Involving Traumatic Brain Injury, New York, Oxford Univ .Press.

95- Abdel-Khalck, A .M . & Eysenck, S .B .G . (1983) A cross-cultural study of personality : Egypt and England . In A .M . Abdel- Khalck (Ed .) Research in Behaviour & Personality, Alexandria: Dar Al-Maaref, 3, 215-226.

96- Alber,M ., Moss,M .(Eds .) (1988): Geriatric Neuropsychology . New York, The Guilford Press.

97- Al-Garem,O . (1984): Al-Garem's clear neurology for medical students . Cairo, Dar El-Maaref.

98- Al-Rajeh,S ., Ogunniyi,A ., Awada,A ., Daif,A ., Zaidan,R (1999): Preliminary assessment of an Arabic version of Mini-Mental State Examination . Annals Saudi Medicine, 19(2):150-156.

99- Anastasi, A .(1988): Psychological testing . New York: Macmillan,6th ed.

100- Bear,D ., Fedio,P . (1977): Quantitative Analysis of Interictal Behavior in temporal Lobe Epilepsy . Archives of Neurology, 34: 454-467.

101- Bishop,P .(1990): Handedness, Clumsiness and Developmental 102- Bland, R .C . ; Newman, S . C . & Om, H . (1990): Health care utilization for emotional problems from a community survey . Canadian Journal of Psychiatry, 35, 397-400.

103- Bouma,A . (1995): Sex and Familial Sinistrality Difference in Cognitive Abilities . Brain and Cognition, 27, 2:143-144.

104- Bradford,D .(1992): Interpretive Reasoning and the Halsted-Rietan Tests Vermont: Clinical Psychology Publishing Com . Inc.

105- Eysenck, H .J . (1960): The structure of human personality, London Methuen, 2nd . ed.

106- Eysenck, H .J ., & Eysenck, S .B .G . . (1975): Manual of the Eysenck Personality Questionnaire . San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.

107- Eysenck, S .B ., Barrett, P .T ., & Barnes, G .E . (1992):Across-Cultural study of personality: Canada & England . Personality and Individual Differences,14,1-9.

108- Golden,C . ,(1989): The Nebraska Neuropsychological Child Batteries. In: C .Reynolds, E . Janzen, Handbook of Clinical Child Neuropsychology . New York, Plenum Press.

109- Gray,J . (1987): The Neuropsychology of Anxiety: An Enquiry into the Functions of the Septo-hippocampal System . Oxford, Claredon Press.

110- Greenberg,D .,Hochberg,F .,Murray,G . (1984): The theme of death in complex partial seizures . Am .J . Psychiatry,141, 12: 1587-1589

111- Guilford, J .P .(1954): Psychometric methods . New York: McGraw-Hill,2nd ed.

112- Hamdi, E ., Asker,M ., Halim,Z ., Shafik,H . (1994): Reliability of the present state examination in Arabic version . Paper presented in Royal College Conference . Held in Cairo.

113- Lechtenberg,R . (1985):The diagnosis and treatment of epilepsy .MacMilan Publ . Comp ., New York , London.

114- Margolin,D . (1992):Clinical Cognitive Neuropsychology: An Emerging Specialty . In:D .I .Margoline (Ed .) Cognitive neuropsychology in Clinical Practice, New York, Oxford Univ . Press.

115- Margolin,D .,Godman,R . (1992):Oral and Written Spelling Impairments . In: D .,Margolin (Ed .), Cognitive neuropsychology in Clinical Practice, New York, Oxford Univ . Press.

116- Marilyn,S . (1988): Assessment of cognitive dysfunctions . In M, Albert, M . Moss,(Eds .): Geriatric Neuropsychology . New York, The Guilford Press.

117- Martin, T;& Kirkcaldy, B . (1998): Gender differences on the EPQ-R and attitudes to work . Personality and Individual Differences,24,1-5.

118- Martini, P .S ., Mazzotti, E; & Setaro, S . (1996): Factor structure and psychometric features of the Italian version for the EPQ-R . Personality and individual Differences,21,877-882.

119- Maureen,M . (1999):Meni-Mental State Examination .[on line] available http://www . galternorthwestern .edu/geriatric/chapters/mini-mrntal_exam .cfm.

120- McKenna,P ., Warrington,E . (1996):The analytic approach to neuropsychological assessment . In: I . Grant, K . Adams (Eds .),

Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric Disorders . New York, Oxford University Press.

121- McKenna,P ., Warrington,E . (1996):The analytic approach to neuropsychological assessment . In: I . Grant, K . Adams (Eds .), Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric Disorders . New York, Oxford University Press.

122- Mischel, W . (1968): Personality and Assessment, New York: Wiley.

123- Persinger, M . (1987): MMPI profiles of people who display temporal lobe signs . Perceptual and Motor Skills,64:1112-1114.

124- Persinger, M . (1988):Temporal lobe signs and personality characteristics . Perceptual and Motor Skills,60: 49-50.

125- Phares, J .E (1991): Clinical Psychology: Concepts, Methods & Profession . 4th .ed ., California, Brook/Cole Publ.

126- Ponsford,J . (2000): Ateention . In:G .G . Marnate (Ed .), neuropsychological Assessment in Clinical Practice . New York, John Wiley & Sons Inc.

127- Rankin,E . Adams,R, Jones,H . (1996): Epilepsy and non epileptic attack disorder . In: R . Adams, O . Parsons, J . Culberston (Eds .), Neuropsychology for Clinical Practice, Washington,D .C .: American Psychological Association.

128- Reynolds,C ., Janzen,E .(1989): Handbook of Clinical Child Neuropsychology . New York, Plenum Press.

129- Reynolds,C ., Kamphus,R ., Rosenthal, B . (1989): Applications of the Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC) in Neuropsychological Assessment . In:C . Reynolds, E Janzen, (Eds .) Handbook of Clinical Child Neuropsychology . New York, Plenum Press.

130- Rowan,A .,Frensh,J . (1988): The role of E .E .G . in diagnosis of epilepsy . In :T . Pedley, B .Meldrum,(Eds .) Recent advances in neurology, Vol .4 . Edinburgh Churchill Livingstone.

131- Sanavio, E .& Soresi, S .(1979): 'Eysenck Personality Questionnaire (EPQ): prime analisi per un adattamento italiano . AP- Rivista di Applicazioni Psicologiche, 1,45-64.

132- Sanderman,R ., Eysenck, S .& Arrindell,W .(1991): Cross-cultural comparisons of Personality: The Netherlands and England . Psychological Reporls,69,1091-1096.

133- Sanderman,R ., Eysenck, S .& Arrindell,W .(1991):Cross-cultural comparisons of Personality: The Netherlands and England . Psychological Reporls,69,1091-1096.

134- Sater,E ., Beard,A . (1983): The schizophrenia - like psychosis of epilepsy : psychiatric aspects . Brit . J . Psychiatry,169:95.

135-Schulte, D . (1993) :Public attitudes toward psychotherapy . Journal of Psychologische Rundschau, 44, 201-202.

136-Sharpley, C . F . (1986): Public perceptions of four mental health professionals : A survey of knowledge and attitudes to psychologists, psychiatrists, social workers and counselors . Australian Psychologist, 21, 57-67.

137-Smith,B ., Meyer,M, Kline,R . (1989): For better of for worse: left-handedness, pathology and talent . J . Clinical Experimental Psychology, 11 (6): 949.

138-Telzrow,C . (1989): Neuropsychological Applications of Common Educational and Psychological Tests . In: C . Reynolds,E ., Janzen, (Eds .) .: Handbook of Clinical Child Neuropsychology . New York, Plenum Press.

139-Theodore,I ., Jay,S ., Dennis,D . (1998): The Neuropsychologist in brain injury cases . Brit .J .Psychology, V .43 .No .7:70-78.

140- Van Strien,J ., Bouma,A . (1996): Sex and familial Sinistrality difference in cognitive abilities . Brain and Cognition, 27(2):137

141- WiLson,D .J .& DooLabh,A .(1992): Reliability, factorial validity and equivalence of several form of the Eysenck Personality Inventory/ Questionnaire in Zimbabwe . Personality and Individual Differences,13,637-643.

142-Wood, W . ; Jones, M . & Benjamin, L . T . Jr . (1986) . Surveying psychology's public image . American psychologist, 41, 947-953.

محتويات الكتاب

وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين



ISBN : ٩٧٨-٦٠٣-٨١٢٠-١٧-٠
405169
DAR AL-ZAHRAA

دار الزهراء
للنشر والتوزيع
الرياض . طريق مكة المكرمة
ت: ٤٦٤١١٤٤ - ف: ٤٦٥٩٥٣٧
ozahraa@hotmail.com dar_alzahraa@hotmail.com
www.daralzahraa.com.sa